

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة المنيا
كلية الألسن
شئون العاملين

الهيئة العامة للتأمين الصحي نظام علاج العاملين

إسم المنتفع / _____ رقم بطاقه التأمين / ١٢٤ / _____ / ٨٤٦٠ /
الوظيفة / _____ الجهد التابع لها / _____

السيد الدكتور / مدير التأمين الصحي

تحية طيبه وبعد

نرجو توقيع الكشف الطبى على السيد المذكور أعلاه حيث أنه من العاملين بالكلية والمنتفع بنظام
التأمين الصحي للعاملين بالدوله وتقدير العلاج اللازم له .

ولسيادتكم جزيل الشكر ...

تحريراً فى / / ١٩م
المختص

مدير شئون العاملين

