اسم الشركة: التاريخ:

إلى: د.

العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

من: رقم الوظيفة اسم الوظيفة:

الموقع:

 شارع المدينة المنطقة الرمز البريدي الهاتف

الرجاء تقديم العلاج الطبي إلى:

الموظف: عنوان المنزل:

شارع

 المدينة المنطقة رقم الهاتف

تاريخ الإصابة: وقت الإصابة: ص/م

طبيعة الإصابة:

كيفية حدوث الإصابة:

صادرة من:

التوقيع: التاريخ:

استنتاجات الطبيب وكيفية استخلاصها

المريض:

تم علاجه بسبب:

الإصابة أو المرض

 قادر على استئناف الواجبات الاعتيادية

 قادر على استئناف الواجبات بالقيود التالية:

 غير قادر على العودة إلى العمل عاجز على وجه التقريب يوم

 تاريخ العودة إلى العمل في

توقيع الطبيب التاريخ