|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة للرعاية الاجتماعية والتأهيل  دائرة: مراكز تأهيل الشبيبة | **رمز النموذج:** | DE-1000-Temp02-v01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري رقم:** | DE-1000-13-V-01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري بإسم:** | إجراءات إلحاق وتقديم الخدمة داخل مراكز الشبيبة |

**نموذج طلب فحص طبي بغرض الالتحاق بمركز تأهيل الشبيبة**

|  |
| --- |
| التاريخ: |
| رقم الكتاب: |

**حضرة السيد/السيدة مدير/مديرة الصحة لمحافظة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الموضوع: طلب الحصول على فحص طبي بغرض الالتحاق بمركز تأهيل الشبيبة**

تقدم لنا المدعو \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل/ة هوية رقم:  *ل*غرض الإلتحاق بمركز تأهيل الشبيبة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*بناءً عليه نرجو من حضرتكم التكرم بفحصه/بفحصها وبيان وضعه/وضعها الصحي ومستوى لياقته لهذا الغرض.*

*شاكرين لكم تعاونكم.*

*وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير...*

|  |  |
| --- | --- |
| اسم مدير المديرية المعني:  التوقيع: | ختم المديرية: |