Sultanate of Oman
Ministry of Higher Education
College of Applied Science, Ibri
Department of .....

سلطنة عُمان
وزارة التعليم العالي
كلية العلوم التطبيقية بعبري
قسم : .....

Ref. :
Date :

الرقم :
التاريخ :
الموافق :

استمارة طلب علاج

الفاضل / طبيب عيادة المحترم
بمستشفى عبري المرجعي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته تحية طيبة وبعد،،،،،،،،،،،،

نحيل إليكم الطالب المذكور أدناه -------- الرجاء عمل الكشف الطبي له ومعالجته مع أفادتنا بالنتيجة:

التخصص/	**اسم الطالب/**
العام الأكاديمي/	**السنة الدراسية /**
رقم التسجيل/	**رقم البطاقة الطبية /**

د. عميد الكلية **رئيسة مركز الخدمات الطلابية**

أشهد أن الطالب المذكور أعلاه فحص وعولج من :

This is to certify that the a above named student was examined / treated be me and found to suffer from

_____(diagnosis)

التشخيص:

She is authorized sick Leave from ___ __ to _____ for _____ days,

_____ (next appointment)

وعلية مراجعة الطبيب بتاريخ:

ختم المستشفى **وقت انتهاء العلاج**

توقيع الطبيب

Time **Hospital Stamp** **Dr. Signature**

،،،،،، ملحوظة،،،،،،،،،، يعاد هذا الطلب إلى مركز الخدمات الطلابية المشرفة الاجتماعية فور عودة الطالب من المستشفى،،،،،،،،،،،،،،،،،