



Ref:

القسم:

Date: / / 2021

العدد:

التاريخ: / /

استمارة إحالة الطلبة المرضى من قبل الكلية الى المركز الصحي او المستشفى

اسم الطالب الثلاثي ..... العمر .....

الكلية ..... تاريخ الإحالة \ \ 20

القسم .....

المرحلة .....

التوصيات	العلاج	تشخيص الطبيب المعالج

ملاحظة: تنظم الاستمارة من قبل إدارة الكلية بأربع نسخ (الاولى في إدارة المستشفى او المركز الصحي والثانية في إدارة الكلية والثالثة في ملفه الطالب والرابعة في القسم الخاص بالطالب)

اسم وتوقيع الطبيب      اسم وتوقيع رئيس القسم      اسم وتوقيع معاون العميد العلمي

نسخة منه الى:

وحدة الصيدلية لاستلام العلاج ان وجد ... مع التقدير