

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة المنيا
شئون العاملين - كلية التربية
قسم التأمين الصحي

الهيئة العامه للتأمين الصحى نظام علاج العاملين

إسم المنتفع / _____ رقم بطاقة التأمين / ١٢٤ / _____ / ٨٤٦٠ /
الوظيفة / _____ الجهه التابع لها / _____

السيد الدكتور / مدير التأمين الصحى

تحية طيبه وبعد

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

ولسيادتكم جزيل الشكر ،،،

تحريرا فى / / ١٩ م

رئيس شئون العاملين

المستلم

المختص