



وصفة طبية  
PRESCRIPTION

1272

Date .....

التاريخ .....

File No.: ..... رقم الملف: Dr.Name: ..... اسم الطبيب: *د. وليد*

Age: ..... العمر: NameOf Patient ..... اسم المريض:

Diagnosis: *Abscess* *71* التشخيص:

R/  
Amogmox

١٢/١٢

١٢/١٢

*د. وليد*

*د. وليد*

١٣/١٢



توقيع الطبيب

*[Handwritten signature]*