

تقرير منح إجازة مرضية
SICK LEAVE REPORT

Patient Name	: AJIN MANONMONY	:	إسم المريض
National ID No	: 2427063389	:	رقم الهوية الوطنية
Medical Record Number	: 002210221G	:	الرقم الطبي
	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	:	الجنسية
		:	ذكر <input checked="" type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>
Nationality	: India	:	الجنسية
Date of Birth	: 18-05-1989	:	
Date of Visit	: 13-Mar-2022	:	تاريخ المراجعة

Sick leave for **1** day (s)
starting from **13-Mar-2022** to **13-Mar-2022**

Attending Physician name : **Dr. Balachandran (GP)** : إسم الطبيب المعالج

Signature : Badge No : الرقم : التوقيع

Physician name : : إسم الطبيب

Signature : : التوقيع

Approval by the director of : : التوقيع

Name : : الاسم

Signature : Date : التاريخ : التوقيع

(Handwritten signature and stamp of Dr. Balachandran MBBS)

