

الرياض في ٢٦/٦/٢٠٢١

الشيخ/عبدالرحمن بن يحيى الشيخ

مدير اداره الموارد البشريه

السلام عليكم ورحمه الله وبركاته

ارجو منكم التكرم بالموافقه على اضافته ما قيمته يومين من الراتب حيث انه تم تقديم العذر الطبي عن يومى ٨ و٩/٥/٢٠٢١م.

.وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

مقدمه لسعادتكم

وائل على امان

الاداره القانونيه للدفعه

رقم وظيفى ٢٥٧٢



مرفق/ شهاده طبيه معتمده

تقرير إجازة مرضية
SICK LEAVE REPORT

التاريخ : 1442 / 11 / 30 هـ
الموافق : 2021 / 07 / 10 م
رقم المرجع : ASH-PS-SL-1169-01

PATIENT INFORMATION		معلومات المريض	
PATIENT NAME	: WAEL ALI - HASSAN	اسم المريض/ة	: وائل علي امان حسن
MRN	: 597935	رقم السجل الطبي	: 567935
SEX \ AGE	: MALE \ 44 Y	الجنس / العمر	: ذكر / 44 عاماً
NATIONALITY \ ID	: EGYPTIAN \ 2468492786	الجنسية / الهوية	: مصري / 2468492786
EMPLOYER	: Daffah company	جهة العمل	: شركة الدفه
VISIT DATE	: 08/05/2021	تاريخ الزيارة	: 1442/09/26 هـ
ADMISSION DATE	: ---	تاريخ التنويم	: --
DISCHARGE DATE	: --	تاريخ الخروج	: --
Current Medical Diagnosis		التشخيص الطبي الحالي	
--		--	

RECOMMENDATIONS		التوصيات	
<input checked="" type="checkbox"/>	Provide the patient sick leave as of: (Written): TOW Days (NUM): 02 \ DAY Starting from (08\05\2021 until 09\05\2021)	<input checked="" type="checkbox"/>	منح/إجازة مرضية لمدة: (كتابة): يومان (رقماً): 02 / يوم من تاريخ (1442/09/26) وحتى (1442/09/27)
<input type="checkbox"/>	Referral to Medical Committee For:	<input type="checkbox"/>	إحالته إلى اللجنة الطبية العامة للأسباب التالية:
<input type="checkbox"/>	Approval of sick leave	<input type="checkbox"/>	إعتماد التقرير الطبي
<input type="checkbox"/>	Cannot be treated at this facility	<input type="checkbox"/>	من غير الممكن علاجه في المستشفى
<input type="checkbox"/>	Permanent or partial disability	<input type="checkbox"/>	حالته تدل على عجز عن العمل بصورة جزئية أو قاطعية
<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	أخرى ()

TREATING PHYSICIAN		بيانات الطبيب المعالج	
Treating Physician Name	Stamp and Sign	إسم الطبيب المعالج	د. وضاح
Dr. waddah		كود الطبيب	1 6 4
Doctor Code	1 6 4	المكرم/ة - مدير/ة : شركة الدفه	
Dear Sir/Madam: Daffah company		بالإشارة إلى خطابكم رقم بدون (وتاريخ) بدون بشأن طلبكم عنر طبي للمريضة المذكورة، تجدون بعاليه التقرير الصادر بشأنها/.	
Referring to your letter No. (-) and date (//AH) Concerning your request for a sick leave report, find above the report issued to patient			

Dept. Head Approval

PATIENT RELATIONS DEPT. \ OFFICIAL STAMP

إعتماد مدير الإدارة

إدارة علاقات المرضى / الختم الرسمي

معد التقرير / 145823م

تقرير إجازة مرضيه

SICK LEAVE REPORT

Name WAEL ALI - HASSAN Age 44Y
MRN 567935 Sex M MALE
Date of Visit 08/05/2021 1:30:51 PM Issue Date 08/05/2021

To whom it may concern

إلى من يهمه الأمر

Diagnosis R07.4 Chest pain, unspecified التشخيص

Recommendation SICK LEAVE FOR 2 DAYS FROM 8/5/2021 TILL 9/5/2021 التوصيه

Treating Physician Name 164 WADDAH NUEIMA اسم الطبيب

Physician Stamp ختم الطبيب

Signature التوقيع

Hospital Stamp الختم الرسمي

*عند احتياجكم لتقارير مرضيه رسميه نرجو موافتنا بخطاب من مرجعكم
يتم تسليم التقرير بالاجازه المرضيه بعد يوم من استلام خطاب المرجع

Serial No 567935 1568327 2

تقرير اجازة مرضيه
SICK LEAVE REPORT

Name WAEL ALI - HASSAN Age 44Y
MRN 567935 Sex M MALE
Date of Visit 08/05/2021 1:30:51 PM Issue Date 08/05/2021

To whom it may concern

إلى من يهمه الأمر

Diagnosis

R07.4 Chest pain, unspecified

التشخيص

Recommendation

SICK LEAVE FOR 2 DAYS FROM 8/5/2021 TILL 9/5/2021

التوصيه

Treating Physician Name

164 WADDAH NUEIMA

اسم الطبيب

Physician Stamp

ختم الطبيب

Signature

التوقيع

Hospital Stamp

الختم الرسمي

*عند احتياجكم لتقارير مرضيه رسميه نرجو موافتنا بخطاب من مرجعكم
يتم تسليم التقرير بالاجازة المرضيه بعد يوم من استلام خطاب المرجع

Serial No 567935 1568327 2