



Hospital: _____ مستشفى
 Region: _____ المنطقة/المحافظة
 Dept./Unit: _____ القسم/الوحدة

MRN: ١٠٩٣٣١٤٣٣٤ رقم الملف الطبي
 Name: نايف سالم عبد الوهاب الاسم
 Nationality: سعودي الجنسية
 Age: ٢٥ سنة / ٠٠ شهر / ٠٠ يوم العمر
 Date of Birth: / / ١٤ H / / ٢٠ تاريخ الميلاد
 Gender: ☒ Male ☐ Female الجنس

SICK LEAVE REPORT

تقرير إجازة مرضية

Date of Admission / / Date of Discharge / / تاريخ الدخول ٨٩ ٢٠٢٧ تاريخ الخروج

Place of work / / دة العمل Occupation مهنة مشرف السلامة

RECOMMENDATION

التوصيات

Following medical examination, it is recommended

☐ Sick leave for () days () days
 Starting from / / To / /

☐ Follow up before end sick leave

☐ Referral to medical committee for following reason

- ☐ Approval of sick leave
☐ Can not be treated at this facility
☐ Permanent or partial disability
☐ Others

لكشف على المريض نوصي بالآتي
☒ منح إجازة مرضية لمدة (٧) يوم (اسبوع) يوم
 اعتباراً من ٨ / ٩ / ٢٠٢٧
☐ مراجعة الطبيب المعالج قبل إنهاء الإجازة
☐ إحالته إلى الهيئة العامة للحد الأسباب التالية:
☐ اعتماد التقرير الطبي
☐ من غير الممكن علاجه بالمستشفى
☐ حالته تدل على عجزه عن العمل بصورة جزئية أو قطعية
☐ أخرى

Treating Doctor Name:

Badge Number:

Signature:

Physician Name:

Signature:

Approval by the Director of:

Name:

Signature:

Official Stamp:

م الطبيب المعالج:

قم

وقع

م الطبيب:

وقع

مدير المدير:

م

وقع

م الرسمي

المحترم

إشارة إلى إحالتكم رقم () وتاريخ / / بشأن طلب
 لكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه
 بشأن إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف
 عليه تدون التقرير الصادر بشأنه

ير التقارير الطبية:

م والتوقيع:

Director medical reports:

Stamp&Signature:



رقم الملف
48

MRN: 109231433C
 Name: فائز عبد الله الزهراني
 Nationality: سعودي
 Age: 55 Years 0 Months 0 Days
 Date of Birth: / / 14 / 20
 Gender: ☒ Male ☐ Female

Hospital: مستشفى
 Region: المنطقة/المحافظة
 Dept./Unit: القسم/الوحدة

SICK LEAVE REPORT

تقرير إجازة مرضية

Date of Admission / / Date of Discharge / / تاريخ الدخول ٢٠١٨ / ٢٠١٨ تاريخ الخروج

Place of work جهة العمل Occupation مهنة موظف شركة

RECOMMENDATION

التوصيات

Following medical examination, it is recommended

بالكشف على المريض نوصي بالآتي

☐ Sick leave for () days () days
 Starting from / / To / /

☐ منح إجازة مرضية لمدة (٧) يوم (١) أسبوع يوم
 اعتباراً من ٢٠ / ٨ / ٢٠١٨ إلى ٢٦ / ٨ / ٢٠١٨

☐ Follow up before end sick leave

☐ مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء الإجازة

☐ Referral to medical committee for following reason

☐ إحالته إلى الهيئة العامة لأحد الأسباب التالية:

☐ Approval of sick leave

☐ اعتماد التقرير الطبي

☐ Can not be treated at this facility

☐ من غير الممكن علاجه بالمستشفى

☐ Permanent or partial disability

☐ حالته تدل على عجزه عن العمل بصورة جزئية أو قطعية

☐ Others

☐ أخرى

Treating Doctor Name:

سم الطبيب المعالج:

Badge Number:

لرقم

Signature:

لتوقيع

Physician Name:

سم الطبيب:

Signature:

توقيع

Approval by the Director of:

صديق المدير:

Name:

اسم

Signature:

توقيع

Official Stamp:

ختم الرسمي

١٠٩٣٣١٤٣٣٢٢
 جلد ١

٥٥٥٢٧٧٣١٧٧
 الجوان

٤١٧-٧-٢٣
 تاريخ الطبيب

المحترم

[إشارة إلى إحالتكم رقم () وتاريخ / / بشأن طلب

الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه

[بشأن إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف

عليه تحدون التقرير الصادر بشأنه

Director medical reports:

دير التقارير الطبية:



Hospital: مستشفى: قولي
 Region: المنطقة/المحافظة: الرياض
 Dept./Unit: القسم/الوحدة: الطوارئ

MRN: ١١٠٩١٢٣٤٥٦٧٨٩١٠
 Name: نائف سالم بن محمد العتيبي
 Nationality: الجنسية: سعودية
 Age: ٢٥ ☐ سنة ☐ شهر ☐ يوم
 Years Months Days
 Date of Birth: / / 14 H / / 20
 Gender: ☐ Male ☐ Female الجنس:

SICK LEAVE REPORT

تقرير إجازة مرضية

Date of Admission / / Date of Discharge / / تاريخ الدخول / / تاريخ الخروج

Place of work شركة الطبي جهة العمل Occupation موظف المهنة

RECOMMENDATION
 Following medical examination, it is recommended
☐ Sick leave for () days () days
 Starting from / / To / /
☐ Follow up before end sick leave
☐ Referral to medical committee for following reason
☐ Approval of sick leave
☐ Can not be treated at this facility
☐ Permanent or partial disability
☐ Others

التوصيات
 بالكشف على المريض نوصي بالآتي
☐ منح إجازة مرضية لمدة (٧) يوم (١) سبوع () يوم
 اعتباراً من ٧/٢/٢٠١٤ إلى ١٤/٢/٢٠١٤
☐ مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء الإجازة
☐ إحالته إلى الهيئة العامة لأحد الأسباب التالية:
☐ اعتماد التقرير الطبي
☐ من غير الممكن علاجه بالمستشفى
☐ حالته تدل على عجزه عن العمل بصورة جزئية أو قطعية
☐ أخرى

Treating Doctor Name: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 Badge Number: ١٤١٧/٧/٢٢
 Signature: نايف العتيبي
 Physician Name: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 Signature: نايف العتيبي
 Approval by the Director of: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 Name: نايف العتيبي
 Signature: نايف العتيبي
 Official Stamp: مستشفى

سم الطبيب المعالج: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 لرقم: ١٤١٧/٧/٢٢
 توقيع: نايف العتيبي
 سم الطبيب: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 توقيع: نايف العتيبي
 سديق المدير: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 سم: نايف العتيبي
 توقيع: نايف العتيبي
 نم الرسمي: نايف العتيبي

أداة: المحترم
 إشارة إلى إحالتكم رقم () وتاريخ / / بشأن طلب
 لكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه
 بشأن إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف
 لديه تجدون التقرير الصادر بشأنه

Director medical reports: د. نائف سالم بن محمد العتيبي
 Stamp&Signature: نايف العتيبي

رقم الملف الطبي: ١٠٩٢٣١٤٣٣٣
 الاسم: ناييف الم عبد الله
 الجنسية: سعودي
 العمر: ٢٥ سنة ٠ شهر ٠ يوم
 تاريخ الميلاد: ١٤ / ١٠ / ٢٠١٤
 الجنس: ☒ Male ☐ Female

تقرير إجازة مرضية

المهنة موظف

Occupation التوصيات

جهة العمل

of work

SN¹