نموذج مراجعة المركز الصحي لغايات العلاج

الوقت: ............................. التاريخ: .......................................

اسم الموظف: ...................................../ الرقم الوظيفي: .............................

الدائرة/الكلية: ...................................../ الوظيفة: .................................

ملاحظة: هذا النموذج صالح لمدة نصف ساعة من الوقت المسجل أعلاه. / وقت المراجعة: ..........

تنسيب المسؤول المباشر

............................................................................................................

الاسم: .................. التوقيع: .................. التاريخ: ....................