

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: