

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD DERMATOLOGY
CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

بسم الله الرحمن الرحيم



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

وحدة جراحة الجلد

اسم المريض: -----
سوف تجرى عملية جراحة الجلد يوم: ----- الساعة: ----- صباحاً.
يرجى الالتزام التام بالموعد المحدد للعملية وفي حال وجود ظرف طارئ يحول دون حضوركم في الموعد المحدد
يرجى الاتصال على الهاتف رقم: 4831996 أو 4831997 دخلي 245 أو 246 والا سوف تلغى العملية
بالكامل.

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD DERMATOLOGY
CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

بسم الله الرحمن الرحيم



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

وحدة جراحة الجلد

اسم المريض: -----
سوف تجرى عملية جراحة الجلد يوم: ----- الساعة: ----- صباحاً.
يرجى الالتزام التام بالموعد المحدد للعملية وفي حال وجود ظرف طارئ يحول دون حضوركم في الموعد المحدد
يرجى الاتصال على الهاتف رقم: 4831996 أو 4831997 دخلي 245 أو 246 والا سوف تلغى العملية
بالكامل.

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD DERMATOLOGY
CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

بسم الله الرحمن الرحيم



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

وحدة جراحة الجلد

اسم المريض: -----
سوف تجرى عملية جراحة الجلد يوم: ----- الساعة: ----- صباحاً.
يرجى الالتزام التام بالموعد المحدد للعملية وفي حال وجود ظرف طارئ يحول دون حضوركم في الموعد المحدد
يرجى الاتصال على الهاتف رقم: 4831996 أو 4831997 دخلي 245 أو 246 والا سوف تلغى العملية
بالكامل.

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD DERMATOLOGY
CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

Dermatological Surgery Unit

Patient Name: -----

Your skin surgery is booked on Day: ----- Time: ----- (am).

You are requested to be present at the above mentioned time otherwise we will cancel the whole procedure.

In case that you cannot come on that day, please contact Phone No: 4831996 or 4831997 Ext 245 or 246 for rebooking.

----- > ✂

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD DERMATOLOGY
CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

Dermatological Surgery Unit

Patient Name: -----

Your skin surgery is booked on Day: ----- Time: ----- (am).

You are requested to be present at the above mentioned time otherwise we will cancel the whole procedure.

In case that you cannot come on that day, please contact Phone No: 4831996 or 4831997 Ext 245 or 246 for rebooking.

----- > ✂

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL-HAMAD DERMATOLOGY
CENTER
AL-SABAH HOSPITAL

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

Dermatological Surgery Unit

Patient Name: -----

Your skin surgery is booked on Day: ----- Time: ----- (am).

You are requested to be present at the above mentioned time otherwise we will cancel the whole procedure.

In case that you cannot come on that day, please contact Phone No: 4831996 or 4831997 Ext 245 or 246 for rebooking.