

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

اسم الطبيب:

مركز العمل:

نوع الاجازة: دورية طارئة طبية أخرى

تاريخ بدء الاجازة: / /

مدتها: يوم

امضاء الطبيب:

رأي الرئيس المباشر: موافق غير موافق

امضاء الرئيس المباشر

اعتماد رئيس مركز أسعد الحمد