



جامعة المنيا  
كلية رياض الأطفال  
شئون العاملين

## الهيئة العامة للتأمين الصحى نظام علاج العاملين

اسم المنتفع: \_\_\_\_\_ رقم بطاقة التأمين : ١٢٤ / ----- / ٨٤٦٠

السيد الدكتور / مدير التأمين الصحى

تحية طيبة وبعد،،،

نرجو توقيع الكشف الطبى على السيد المذكور أعلاه حيث أنه من العاملين بالجامعة والمنتفع بنظام التأمين الصحى للعاملين بالدولة وتقدير العلاج اللازم له.  
ولسيادتكم جزيل الشكر والتقدير،،،

تحريراً فى: ----- / ----- / ٢٠م

أمين الكلية

رئيس شئون العاملين

المختص