**( إستمارة الفحص الطبي )**

**اسم المراجع الرباعي................................................**

**اسم الشهيد او المقاتل : .................................................**

**عنوان السكن : المدينه .......................... محلة :..........زقاق :..........دار : ..........**

**رقم الموبايل ................................البديل ...............................**

**الحالة المرضية :**

**1-....................................................................................................................**

**2-....................................................................................................................**

**3-....................................................................................................................**

**أسم عضو اللجنة الطبية................................................. التوقيع..............................**

**الاحالة :**

**اسم الطبيب الاخصائي .....................................................**

**عنوان العيادة او المستشفى ....................................................**