



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# مركز بحوث ودراسات طبية

*Handwritten signature and date: 28/2/2023*

## تقرير طبي

اسم المريض: *Handwritten name*

تاريخ الفحص: *Handwritten date*

العنوان: *Handwritten address*

ملاحظة: *Handwritten notes describing the patient's condition and symptoms.*

التاريخ: *Handwritten date*

الوقت: *Handwritten time*

*Handwritten signature of the doctor*

اسم الطبيب: *Handwritten name*

رقم الترخيص: *Handwritten license number*

مركز بحوث ودراسات طبية، 76 شارع الشهداء، رام الله، فلسطين

هاتف: *Handwritten phone number*

مركز بحوث ودراسات طبية رقم 3	
رقم المريض: 752	اسم المريض: Dhumaw
وقت الفحص: 10:32	تاريخ الفحص: 28.2.23
موقع الفحص: D	
تاريخ التقرير: 28/2/2023	اسم الطبيب: <i>Handwritten name</i>

203 *Handwritten text in red box*