محافظة .....

مديرية الصحة والسكان

الشئون الوقائية

المعمل المشترك

تحليل الأمراض الفيروسيه

الإسم	:	مكان لصق الصوره
الجنسية	:	
رقم جواز **السفر**	:	
الوظيفة	:	
جهة العمل	:	
تليفون جهة العمل	:	

ختم جهة العمل

إقـــــرار

أقر أنا: ..... **بأن البيانات الموضح بعاليه صحيحة وعلى مسئوليتى** .

المقر بمافيه

.....

رقم القيد بسجل المعمل ( ) **رقم الايصال** ( )

تاريخ الفحص: / / ٢٠ **تاريخ الايصال**: / / ٢٠

RESULT

الإيدز	.....	**H.H.V**
الكبدى C	.....	**H.C.V**
الكبدى B	.....	**H.B.SAG**

القائم بالتحليل :..... **مسئول المعمل** : .....

روجع وتم التسجيل برقم ( ) **بتاريخ** / / ٢٠

مراقب الأوبئة **المدير الوقائى**

د/ .....