



طلب بطاقة صحية
HEALTH CARD APPLICATION

Mother's Name _____

Electricity # _____

1. Medical Records No. _____ رقم الملف الطبي : ١

Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء :

2. Primary Health Centre No. _____ رقم المركز الصحي : ٢

3. Health Centre Code No _____ رمز المركز الصحي : ٣

4. Full Name _____ الاسم بالكامل : ٤

الأول	الأب	الجد	العائلة
First	Father	G. Father	Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد : ٥

اليوم	الشهر	السنة	يوم	Month	Year
Day	Month	Year			

6. Age _____ العمر : ٦

Blood Group فصيلة الدم

7. Nationality _____ الجنسية : ٧

8. Sex _____ الجنس : ٨

9. Marital Status _____ الحالة الاجتماعية : ٩

10. Work Address _____ عنوان العمل : ١٠

11. Home Address _____ عنوان المنزل : ١١

12. Home Telephone _____ تلفون المنزل : ١٢

Office Tel _____ تلفون العمل : ١٣

Name & Address of Next of kin _____ اسم وعنوان أقرب المقربين : ١٤

Next of Kin Telephone _____ تلفون أقرب شخص إليك : ١٥

Name & Address of Sponsor/Employer _____ اسم وعنوان الكفيل : ١٦

ID Number _____ رقم البطاقة الشخصية : ١٧

Visa Status (Resident/Visitor): _____ نوع الإقامة : (مقيم/زائر)

Applicant's Signature _____ توقيع صاحب الطلب :

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF _____ EXPIRY DATE _____ RECEIPT _____

LOCATION _____ FEES _____

DATE _____ SIGNATURE _____