



دارة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

HC NUMBER: HC00773467
NAME : SHAFA NUR SALSABILA
NATIONALITY : Indonesian
DOB : 19/05/2016
GENDER : Female
HC Expiry :

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

Women's Hospital No. _____ رقم مستشفى النساء: _____

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

3. Health Centre Code No. _____ رمز المركز الصحي: 78

العائلة الجد الأب الأول

4. Full Name _____ الاسم بالكامل: _____
First Father G. Father Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد: _____
Day Month Year

6. Age _____ العمر: _____
Blood Group فصيلة الدم

7. Nationality _____ الجنسية: ٨ - الجنس: _____

9. Marital Status _____ الحالة الاجتماعية: _____

10. Work Address _____ عنوان العمل: _____

11. Home Address _____ عنوان المنزل: _____

12. Home Telephone _____ Office Tel _____: _____
تلفون المنزل: _____ تلفون العمل: _____

13. Name & Address of Next of Kin _____ اسم وعنوان أقرب القربين: _____

14. Next of kin Telephone _____: _____
تلفون أقرب شخص إليك: _____

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

16. ID Number _____ رقم البطاقة الشخصية: _____

17. 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 _____ ٩٨ 100

DATE 17.1.2024 SIGNATURE _____