

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية
PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT
طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION

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

HC NUMBER: HC08661097
 NAME : KENSHIN MARZOUQI OBAIDILLAH
 NATIONALITY : Indonesian
 DOB : 23/07/2014
 GENDER : Male
 HC Expiry :

4. Full Name _____ الاسم بالكامل : ٤
 العائلة الجد الأب الأول
 First Father G. Father Family

5. Date of Birth _____ تاريخ الميلاد : ٥
 Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age _____ Blood Group _____ فصيلة الدم : ٦

7. Nationality _____ 8. Sex _____ الجنس : ٨ - الجنسية : ٧

9. Marital Status _____ الحالة الاجتماعية : ٩

10. Work Address _____ عنوان العمل : ١٠

11. Home Address _____ عنوان المنزل : ١١

12. Home Telephone _____ Office Tel _____ تلفون المنزل : تلفون العمل : ١٢

13. Name & Address of Next of Kin _____ اسم وعنوان أقرب المفربين : ١٣

14. Next of kin Telephone _____ تلفون أقرب شخص إليك : ١٤

15. Name & Address of Sponsor/Employer _____ اسم وعنوان الكفيل : ١٥

16. ID Number _____ رقم البطاقة الشخصية : ١٦

17. Visa Status (Resident/Visitor): _____ نوع الإقامة : (مقيم / زائر) : ١٧

Applicant's Signature _____ توقيع صاحب الطلب :

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF _____ EXPIRY DATE _____ RECEIPT _____

LOCATION _____ FEES _____

DATE 28. 8. 2023 SIGNATURE _____