

## نموذج توقيع الأطباء



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
إدارة التراخيص الصحية

اسم الطبيب الثلاثي : د /

المسمى المهني :

مكان العمل :

رقم الترخيص :

نموذج توقيع الطبيب وقتمه	
الوقت	التوقيع