جامعة فيلادلفيا Philadelphia University	اسم النمـــوذج: بطاقة معالجة ومراجعة الطلبة لعيادة الأسنان	رمز النموذج: QFO-SS-CH-004
	الجهة المصدرة: المركز الصحي	رقم الإصدار:(Rev) 2
	الجهة المدققــة: عمادة ضمان الجودة والاعتماد	تاريخ الإصدار: 2023-10-16
		عدد الصفحات: 1

اسم المريض / ة: ..... **العمر:** .....

الرقم الجامعي: ..... **الكلية / التخصص:**.....

هاتف المراجع: .....

ملاحظات: .....

المبلغ المطلوب		التشخيص والعلاج Diagnosis & Treatment	التاريخ والوقت Time & Date
الباقي	المدفوع		