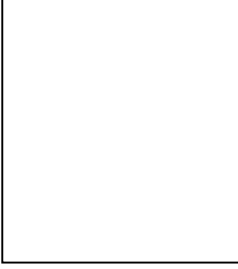


مكتب فحص المشتغلين بالأغذية

أم المصريين



الاسم : _____

المهنة : _____

جهة العمل : _____

السيد الدكتور / مدير مستوصف الصدر

الرجاء فحص المذكور عالية ،،

طبيب المكتب
