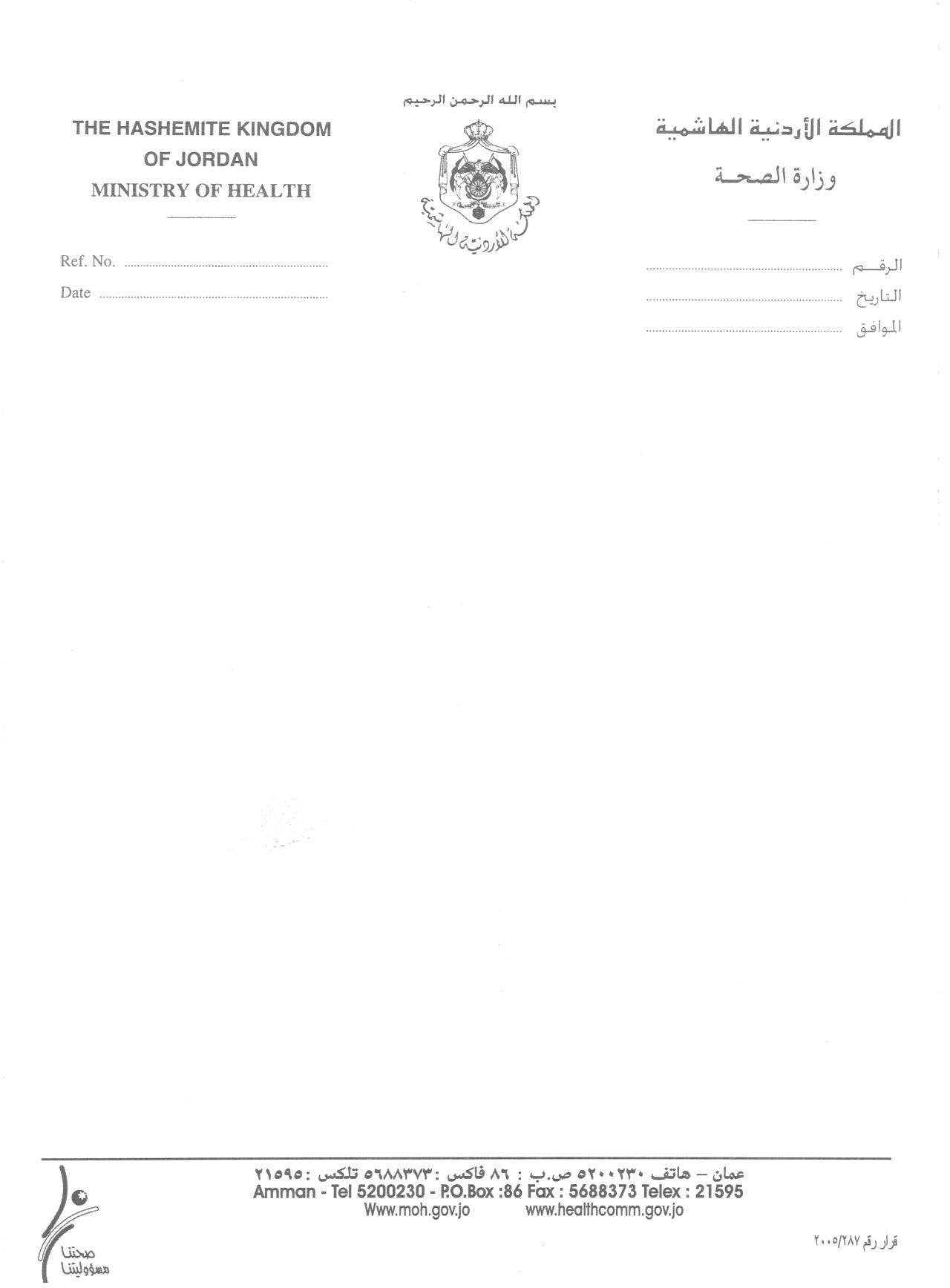
****

**بــــــــراءة ذمـــــــــــة داخــلـيــة**

**الاسم :- ......................................................................................**

**التاريخ :-......................................................................................**

**تشهد مديرية صحة محافظة الطفيلة بأن المذكور أعلاه قد قام بتسليم كل ما في عهدته**

**من لوازم طبية وغير طبية ولم يعُد لنا بذمتهِ أي شئ .**

**وبناءً على طلبهِ أُعطي هذه الشهادة .**

**مدير صحة محافظة الطفيلة**

**الدكتور / حمد الربيحات**

1. **الديـــــــــــــــــــــــــــــــــوان**
2. **رئيس قسم شؤون الموظفين**
3. **وكيل العــهدة غير الطبيـــــة**
4. **وكيل العــهــــدة الطــبيـــــــة**
5. **الصيدلة والرقابــة الدوائيــة**
6. **مســــــــــــؤول السكــــــــــن**
7. **الرئيــــــــــــس المباشـــــــر**