

የአገልግሎት መታወቂያ ካርድ



Federal Ministry of Health

SERVICE IDENTIFICATION CARD

የጤና ድርጅቱ ስም

FACILITY NAME_____

በጤና ድርጅቱ የተመዘገቡበት ቀን

DATE OF REGISTRATION_____

የህክምና ካርድ ቁጥር

MEDICAL RECORD NUMBER_____

ስም

NAME_____

ዕድሜ

AGE_____

ፆታ

SEX_____