



بسمه تعالی



فرم تأیید بیماری یا مصدومیت زائرین عتبات عالیات

مشخصات زائر :

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	کد ملی :
شماره شناسنامه :	شماره گذرنامه :	شهر / شهرستان :	
استان محل اعزام :	تاریخ خروج از کشور :	تاریخ ورود به کشور :	تلفن همراه :
تلفن ثابت ایران :	تلفن ضروری :	آدرس ایران :	
شماره شبای زائر:			IR

مشخصات کاروان :

نام شرکت مجری :	نام دفتر زیارتی :	شماره باج :		شماره مانیفست :
نام و نام خانوادگی مدیر کاروان :	تلفن مدیر کاروان در ایران :	هتل نجف :	هتل کربلا :	هتل کاظمین :

گزارش وضعیت مصدوم

گزارش وضعیت بیمار

تاریخ وقوع حادثه :	تاریخ بروز بیماری :
محل دقیق وقوع حادثه :	علائم بیماری :
نوع حادثه : <input type="checkbox"/> تصادف <input type="checkbox"/> سقوط سایر موارد :	تشخیص پزشکی :
نوع آسیب :	نوع درمان : <input type="checkbox"/> سرپائی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> اعزام با آمبولانس
محل آسیب :	سایر موارد :

اقدامات انجام شده :

توضیحات :

دفتر حج و زیارت استان

.....

امضاء مدیر کاروان / روحانی کاروان

.....

مدارک لازم :

- تصویر صفحه اول و صفحه ممهور به مهر ورود و خروج گذرنامه
- تصویر پشت و رو کارت ملی
- کلیه مدارک و مستندات پزشکی