**אישור רופא לפני יציאה לנופש בתקופת 19 COVID**

אני הח"מ ד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר רישיון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשר בזה שאין מניעה רפואית שהחולה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי שם משפחה ת.ז.

יצא לחופשה בארץ

בשבוע הקרוב בחודש הקרוב בחצי שנה הקרובה בשנה הקרובה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך חתימה וחותמת של הרופא