

Name: _____

Date: _____

Doctors

Z R G F U P C Q Q U L S C A K O W G C A D Y T H
T W I Y Y S J O P H T H A L M O L O G I S T B Q
T R X O J Y N W Z W F F P I T H F M E H C U K T
S F J R Y C T U U E V E O O R W E M R Y A W Y S
G O V W N H J T A B H Q L W K J Y A T W F R L I
I K M M H I O K Z Y G E Q Y D O B F R A J P M G
U R Z Z O A L Z R A E T M E Z T W R S Q J S M O
N G Z Z Z T T S I T N O D O H T R O T N I O S L
I X K Z N R I R J W H T Z T T M J M G C I X G O
B I P F D I R J W E N P R R F T M O Z R N L J R
Y Z I P O S U B T A E T S I R T E M O T P O Z U
A J Z M E T Q S F D B G P T Q Z N M W E R M F E
N Y T X N R I N I P S Y C H O L O G I S T S W N
S A G L F G A A Q O F O S S C G D B N Q S C B Y
M W U T R B T K J V R I G Z D J G I Y H I X V L
J U Y E Q R W X D R R T C Z B Q Q X Z R G X P Y
D K L E I Q F U E W D P H C M Y N R O H O K L K
N L Y C H L W B E P B A T O G Y X O T C L K X E
A L I E J P W V K F W X F Q P Q X R H I O G I A
W A Y N T S I G O L O T A M R E D O O B C Y F D
N Q M B V N R G T M M B I V U F D F J O E V C Z
M K F E H F M V H Z X H Y W Z S M I H M N X T T
Z Z W Z O N C O L O G I S T C A U F S N Y X F M
T B C Z J B M X B M P Y G K E A W Z I T G T T I

Ophthalmologist

Dermatologist

Psychologist

Psychiatrist

Pediatrician

Orthodontist

Gynecologist

Orthopedist

Optometrist

Neurologist

Oncologist

Allergist