

كلية العلوم الطبية التطبيقية بشقراء
وحدة التدريب الإكلينيكي

نموذج طلب إجازة خلال فترة التدريب

الاسم	الرقم الجامعي	رقم الهوية	التخصص	رقم الجوال
خطة التدريب المعتمدة	الفترة الأولى	الفترة الثانية	الفترة الثالثة	
نوع التدريب الفترة الحالية				
هل تم طلب إجازة خلال فترة التدريب	لا	نعم		
		نوع الإجازة السابقة: عدد الأيام:		
نوع الإجازة المطلوبة	عدد الأيام المرغوب طلبها			
عدد المرفقات و نوعها إن وجدت	يوم و تاريخ بدء الإجازة			
تاريخ رفع الطلب	التوقيع			

جزء خاص بوحدة التدريب الإكلينيكي

البيانات المدخلة	صحيحة	غير صحيحة
الرد على الطلب	الموافقة	عدم الموافقة
رقم الخطاب	تاريخه	الرصيد المتبقي
اسم الموظف/ة	التوقيع	