

طلب إجازة

<input type="checkbox"/> عید	<input type="checkbox"/> تعليمية	<input type="checkbox"/> اعتيادية
------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Academic No. : الرقم الجامعي:	Name:	الاسم:
Mobile No. : رقم الجوال:		
Hospital : المستشفى	Current Rotation	الدورة الحالية
End of Rotation Date : تاريخ نهاية الدورة	Starting Rotation Date	تاريخ بداية الدورة
20...../...../..... م	20...../...../..... م	
طلب إجازة لمدة () يوم () ابتداء من يوم بتاريخ: 20...../...../..... م الى يوم بتاريخ: 20...../...../..... م		
Length of leave for total () day/s		
Starting from day: On / / 20 To day On / / 20		
التوقيع التاريخ: 20...../...../..... م		

هذا الجزء يعبأ من قبل طبيب/طبيبة الامتياز
To be filled by the intern

Not Accept/غير موافق () Accept/موافق ()	Head of Department Decision	رأي رئيس القسم
Comments		ملاحظات
20...../...../..... م	التوقيع	الاسم:
Postgraduate & Training Affairs / Department	اعتماد قسم شؤون التدريب بالمستشفى	
Not Accept/غير موافق () Accept/موافق ()		
20...../...../..... م	التوقيع	الاسم:

إدارة التدريب بالمستشفى
Training Hospital

Duration		مدة الدورة الحالية
Maximum Days Due		عدد الأيام المتاحة
Previous Leaves		الاجازات السابقة
New Balance		الرصيد المتبقي
Not Accept/غير موافق () Accept/موافق ()		القرار النهائي
Comments		ملاحظات
20...../...../..... م	التوقيع	الاسم:

منسق التدريب بالكلية
Internship Coordinator

1. لا يحق لطبيب/طبيبة الامتياز التمتع بإجازته الا بموافقة صاحب الصلاحية
2. بعد توقيع صاحب الصلاحية ترسل لمكتب وحدة الامتياز بالكلية