

نموذج إجازة أطباء الامتياز

الإسم	.....	الرقم الجامعي	.....
رقم الجوال	.....	رقم الهوية	.....
الدورة الحالية	دورة:..... قسم:.....		
	نوع الدورة: <input type="radio"/> رئيسية <input type="radio"/> اختيارية		
	تاريخ بداية الدورة	من: / /	
	تاريخ نهاية الدورة	إلى: / /	
رئيس القسم الحالي	سعادة/ رئيس قسم..... المحترم. ارغب السماح لي بإجازة <input type="radio"/> اعتيادية <input type="radio"/> تعليمية <input type="radio"/> اضطرارية <input type="radio"/> عيد و ذلك لمدة (.....) يوم. من تاريخ: / / إلى تاريخ: / / <input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> غير موافق الإسم:..... التوقيع و الختم:..... التاريخ: / /		

المشرف العام على التدريب الطبي بالمستشفى	<input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> غير موافق الإسم:..... التوقيع و الختم:..... التاريخ: / /
------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

الدارة الشؤون الأكاديمية والتدريب	<input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> غير موافق الرصيد: <input type="radio"/> يسمح <input type="radio"/> لا يسمح اعتيادي:..... أعياد:..... طارئة:..... تعليمية:..... الإسم:..... التوقيع و الختم:..... التاريخ: / /
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

موافقة الكلية	<input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> غير موافق الإسم:..... التوقيع و الختم:..... التاريخ: / /
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------