

طلب اجازة تعليمية لأطباء الامتياز

Education Leave Request for Interns

Academic no.	الرقم الجامعي	Name	الاسم
Mobile no.		رقم الجوال	
Hospital	المستشفى	Rotation Title	الدورة الحالية
Date Ending Rotation	تاريخ نهاية الدورة	Date Starting Rotation	تاريخ بداية الدورة
م ٢٠ / /		م ٢٠ / /	
طلب اجازة تعليمية لمدة ( ) يوم ابتداءً من يوم: بتاريخ / / ٢٠م الى يوم بتاريخ / / ٢٠م وذلك لحضور دورة / مؤتمر:			
Length of education leave for total ( ) day/s Starting from day: On / /20 To Day On / /20 To attend Course / Conference			
الاسم: التوقيع التاريخ / / 20م			

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

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

ادارة التدريب بالمستشفى  
Training Hospital

Previous Leaves		الإجازات السابقة
New Balance		الرصيد المتبقي
( ) Not accept غير موافق	( ) Accept/موافق	القرار النهائي (Final Decision)
Comments		ملاحظات
الاسم: التوقيع التاريخ / / 20م		

مدير ادارة التدريب بالكلية  
AlMaarefa College