

طلب اجازة عادية لأطباء الامتياز

Ordinary 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
20 / / م		20 / / م	
طلب اجازة عادية لمدة ( ) يوم			
ابتداءً من يوم : بتاريخ / / م 20 الى يوم بتاريخ / / م 20			
Length of leave for total ( ) day/s			
Starting from day: On / / 20 To: Day On / / 20			
الاسم : التاريخ / / م 20 التوقيع			

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
20 / / م التاريخ		الاسم : التوقيع
Postgraduate & Training Affairs / Department		اعتماد قسم شئون التدريب بالمستشفى
( ) Not accepted غير موافق	( ) Accept/موافق	
20 / / م التاريخ		الاسم : التوقيع

ادارة التدريب بالمستشفى  
Training Hospital

Duration		مدة الدورة الحالية
Maximum Days Due		عدد الايام المتاحة
Previous Leaves		الإجازات السابقة
New Balance		الرصيد المتبقي
( ) Not accept غير موافق	( ) Accept/موافق	القرار النهائي (Final Decision)
Comments		ملاحظات
20 / / م التاريخ		الاسم : التوقيع

مدير ادارة التدريب بالكلية  
AIMaarefa College