

نموذج طلب إجازة لأطباء الامتياز

اسم طبيب الامتياز:	الرقم الجامعي:
من: / / ١٤هـ إلى / / ١٤هـ	من: / / ٢٠م إلى / / ٢٠م
نوع الإجازة: <input type="checkbox"/> علمية <input type="checkbox"/> اضطرارية <input type="checkbox"/> اعتيادية	عدد أيام الإجازة: الرصيد المتوفر:
رقم الجوال:	التوقيع:
التاريخ: / /	

الاستشاري المشرف المباشر:	مسئول قسم التدريب بالمستشفى:
<input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> غير موافق
الاسم:	الاسم:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ: / /	التاريخ: / /

موافقة وحدة الامتياز بالكلية	<input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> غير موافق
الاسم:	التوقيع:
التاريخ: / /	
ملاحظات: ١- لا يحق لطبيب / طبيبة الامتياز التمتع بإجازته الا بعد موافقة صاحب الصالحية	
٢- عند توقيع صاحب الصالحية ترسل لوحدة الامتياز.	