

نموذج (١٠) طلب إجازة زواج
Marriage leave Application

	تاريخ الطلب :
	الاسم :
	الرقم الجامعي :
	المجموعة:
	الدقة:
	المستشفى المتدرب فيه حاليا :
	القسم الذي تتدرب فيه حاليا :
	عدد أيام الإجازة:
	تبدأ بتاريخ:
	تنتهي بتاريخ:

<p>أنا متدربة الامتياز الموقعة أدناه أتعهد بالتالي:</p> <p>▪ يحق للمتدربة أن تحصل على إجازة زواج لمدة خمسة عشرة يوماً على أن يتم إعادتها في نهاية سنة الامتياز.</p> <p>▪ بعد الموافقة النهائية تسليم صورة من النموذج موقع من مسؤولة التدريب بالكلية لإدارة التدريب بالمستشفى قبل تاريخ بدأ الإجازة</p>	
	<p>Intern Signature</p> <p>توقيع المتدرب :</p>
	<p>موافقة المسئول عن طالب/ طالبة الامتياز</p> <p>Approval of the Department</p>