



leave Request for Interns

طلب اجازة لطبيبات الامتياز

Academic no: : الرقم الجامعي	Name: : الاسم
Mobile number : : رقم الجوال	
Hospital: : المستشفى	Rotation title: : : الدورة الحالية
Date Ending Rotation : : تاريخ نهاية الدورة : (م / /)	Date Starting Rotation:: : تاريخ بداية الدورة : (م / /)
Leave Request: <input type="checkbox"/> Ordinary <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> تعليمية <input type="checkbox"/> عادية : طلب اجازة : ابتداءً من يوم : بتاريخ / / م الي يوم بتاريخ / / م مجموع الايام : (.....) يوم .	
Starting from day : On / / To: day : On / /	
Length of leave for total : (.....) Day/s	
Intern's Name: : اسم طبيبة الامتياز	
Intern's signature : : توقيع طبيبة الامتياز	
Date:.....7/4/2019..... : التاريخ	

هذا الجزء يعبأ من قبل طبيبة الامتياز

To be fill by the intern

Not accepted / غير موافق <input type="checkbox"/> Accept / موافق <input type="checkbox"/>	رأي رئيس القسم (Head of Department)
Comments : ملاحظات :	
Date: : التاريخ	Signature : : توقيع Name:..... : الاسم
Not accepted / غير موافق <input type="checkbox"/> Accept / موافق <input type="checkbox"/>	اعتماد قسم شؤون التدريب بالمستشفى: (Postgraduate & Training Affairs Department)
Date: : التاريخ	Signature : : توقيع Name:..... : الاسم

ادارة التدريب في المستشفى
Training Hospital

Duration	مدة الدورة الحالية
Maximum Days Due	عدد الايام المتاحة
Previous Leaves	الاجازات السابقة
New balance	الرصيد المتبقي
Not accepted / غير موافق <input type="checkbox"/> Accept/ موافق <input type="checkbox"/>	القرار النهائي: (Final Decision)
Comments : ملاحظات :	
Date: : التاريخ	Signature : : توقيع Name:..... : الاسم

ادارة التدريب في الكلية
Internship Unit in College

- تكون اجازة طبية الامتياز العادية عشرين يوماً خلال فترة التدريب على أن لا تزيد عن خمسة ايام خلال أية فترة من فترات التدريب.
- تمنح لطبيبة الامتياز عشرة ايام اجازة تعليمية اضافية بحد اقصى ثلاثة ايام في أي فترة تدريبيه لحضور الانشطة العلمية، على أن تتقدم بطلب الاجازة قبل النشاط بشهر على الاقل، ويرفق ما يثبت تسجيلها وقبولها.