



Drop/Postpone Rotation Request

طلب تأجيل دورة تدريبية لطبيبات الامتياز

Academic no::الرقم الجامعي:	Name:..... : الاسم	هذا الجزء يعبأ من قبل طبيبة الامتياز To be fill by the intern
Mobile number :: رقم الجوال:		
Month:: الشهر:	Rotation title: : الدورة التدريبية المطلوب تأجيلها :	
المستشفى: تم تأكيد القبول / Approved / لم يتم التأكيد / Not Approved		
اسم المستشفى / Hospital:		
الأسباب (يرجى ذكرها بالتفصيل): Reasons:		
Intern's signature :: توقيع طبيبة الامتياز:	Date:.....: التاريخ:	
* Please provide documents to support your request نرجو ارفاق أي مستندات لدعم الطلب المقدم		

Previous drop/postpone requests:	عدد مرات التأجيل السابقة:	إدارة التدريب والامتنياز في الكلية Internship Administration in College
Not / غير موافق / موافق / Accept / موافق / accepted	القرار النهائي: (Final Decision)	
Comments :		
Date:: التاريخ:	Signature :: توقيع Name:.....: الاسم	

- يجوز لطبيبة الامتياز تأجيل شهر أو أكثر من التدريب لأسباب بعد موافقة إدارة التدريب والامتنياز على أن تقضي هذه الفترة لاحقاً بعدما تنهي جميع الدورات الأخرى.
- يتم رفع طلب التأجيل قبل بدء الدورة التدريبية بـ ٤٥ يوم على الأقل.