**First :**

**Student name :**

**Level :**

**Hospital:**

**Requested annual leave**

**Starting date from ………. On / /**

**To : day …………. On / /**

**Length of leave for total : ( ) day/s**

**Signature :**

**Date :**

* **Not accept**
* **Accept**

**ارغب الترخيص لي بإجازة سنوية لمدة ............................. (يوم /ايام ) اعتبارا من / / 20م**

**التوقيع............................................. التاريخ / / 20م**

**لا مانع من منحها الإجازة المطلوبة إذا كانت مستحقة نظاماً.**

**لا أوافق على طلب الإجازة.**

**أسم المسؤول في جهة التدريب :................................ التوقيع ....................... وظيفته .................................**

**Student clinical instructor :**

**Comments :**

**Signature:**

**ثانيا** : **تدقيق وكالة التدريب والشؤون السريرية/ Internship Department In The Nursing College**

**مستحقة نظاما/ accepted الرصيد قبل الإجازة المطلوبة/ total of days ( )**

**غير مستحقة نظاماً/ not accepted**

**اسم وكيلة التدريب والشؤون السريرية head of the department / ........................................**

**توقيعها/.signature.............................................................**

**م/العنزي**

م/ العنزي

للاطلاع مهم

**شروط الاجازة السنوية**

**1-مدة الاجازة 14 يوم تشمل التعليمية والاعتيادية**

**2-لاتأثر على تدريب الطالبة في المستشفى وتحقق الاهداف**

**3-موافقة جهة التدريب على الاجازة**

**4-توقيع مسؤولة التدريب في المستشفى**

**5-توقيع مسؤولة التدريب في الكلية**