ادخل عدد المرفقات

التاريخ الهجري

التاريخ ميلادي

ادخل رقم المعاملة

**نموذج طلب (موظف)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم صاحب الطلب** ........................................................... | | | | | | | **الرقم الوظيفي** ......................... | | | | | |
| **المسمى الوظيفي** .................................. | | | | | | **القسم**  حدد من القائمة | | | **رقم الجوال** ............................. | | | | |
| **تفاصيل الطلب** ................................................................................................................................ ..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | |
| **توقيع صاحب الطلب** | | | |  | | | | | | | **التاريخ** ‏حدد من القائمة | | | |
| **الإدارة** | | | | | | | | | | | |
| **ملاحظات وتوصيات المدير المباشر** ....................................................................................................... .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | |
| **الاسم** ............................................. | | | | | **الوظيفة** ......................... | | | | | | **التوقيع** | |  |
| **الجهة المنفذة** | | | | | | | | | | | |
| **الإجراء المتخذ**  ............................................................................................................................. .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | |
| **الاسم** ..................................... | | | | | **الجهة**  حدد من القائمة | | | **التاريخ** ‏حدد من القائمة | | | | | **التوقيع** |  |

**اعتماد عمادة كلية العلوم الصحية والتمريض**



اضغط هنا لكتابة اسم عميد الكلية أو من ينوب عنه

أصل الخطاب