

معهد الكويت للإختصاصات الطبية

كلية

نموذج طلب اجازة

Form For Submitting Leave

الاسم :

سنة التدريب :

ر . م :

ش . م :

الجنسية :

البنك :

الفرع :

مركز الاجازات في منطقة أو مستشفى :

نوع الاجازة :

دورية

طارئة

تاريخ تقديم الاجازة :

تبدأ بتاريخ

وتنتهي بتاريخ

عدد ايام الاجازة :

التوقيع :

مدير البرنامج

المشرف على التدريب

طالب الاجازة

.....

.....

.....