

طلب تأجيل دورة تدريبية لأطباء الامتياز

Request for Postponing a Rotation During Internship

Academic no.	الرقم الجامعي	Name	الاسم
Mobile no.		رقم الجوال	
() Elective Rotation دورة اختيارية		() Main Rotation دورة رئيسية	
Hospital: المستشفى:		Rotation Title: اسم الدورة المعتمد عنها:	
Date of End تاريخ نهاية الدورة	Date of Start تاريخ بداية الدورة		
٢٠ م / /	٢٠ م / /		
<p>برجاء الموافقة على تأجيل الدورة التدريبية المذكورة أعلاه للأسباب التالية:</p> <p>I request approval to delay the training rotation mentioned above for the following reasons:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>الاسم: التوقيع: التاريخ: 20..... / / م</p>			

هذا الجزء يعبأ من قبل طبيب / طبيبة الامتياز
To be filled by the Intern

Duration مدة الدورة	Current Rotation اسم الدورة الحالية
Previous leaves الاجازات السابقة
Previous Excuses اعتذارات سابقة
() Not Accepted غير موافق	() Accepted موافق / موافق
Final Decision القرار النهائي	
<p>Rotation Replacement as Follows: سوف يتم التعويض عن الدورة المعتمد عنها حسب البيانات التالية:</p> <p>المستشفى (Hospital): تاريخ موافقة المستشفى ٢٠ م / /</p> <p>تاريخ بداية الدورة (Date of start) ٢٠ م / /</p> <p>تاريخ نهاية الدورة (Date of End) ٢٠ م / /</p> <p>الاسم: التوقيع: التاريخ: 20..... / / م</p>	

مدير ادارة التدريب بالكلية
AlMaarefa College