



Kingdom of Saudi Arabia

المملكة العربية السعودية

Ministry of Education

وزارة التعليم

Jazan University

جامعة جازان

Vice Deanship of Academic Affairs

وكالة الكلية للشؤون الأكademie

كلية التمريض والعلوم الصحية

نموذج طلب إجازة

	الرقم الجامعي			الاسم الرباعي		معلومات عامة
	البريد الإلكتروني الجامعي			رقم الهوية الوطنية/الإقامة		
	رقم التواصل			التخصص		
	<input type="radio"/> الرابعة	<input type="radio"/> الثالثة	<input type="radio"/> الثانية	<input type="radio"/> الأولى	فترة التدريب	بيان من قبل الطالب/ة الأمين
	<input type="radio"/> اعتيادية <input type="radio"/> اضطرارية <input type="radio"/> مرضية <input type="radio"/> وفاة <input type="radio"/> أبوه <input type="radio"/> وضع <input type="radio"/> علمية <input type="radio"/> اختبار رخصة مهنية				نوع الإجازة	
					مدتها	
					تاريخ بداية الإجازة	
					تاريخ نهاية الإجازة	
	<input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم				مقر التدريب الحالي	اعتماد مقر التدريب
					هل تقدمت بطلب سابق؟	
					وعلی ذلك أوقع:	
الاسم..... التوقيع/..... التاريخ...../...../.....						
<input type="radio"/> الموافقة <input type="radio"/> عدم الموافقة						
اسم مشرف/ة التدريب/..... التوقيع/..... التاريخ...../...../.....						
<input type="radio"/> الموافقة <input type="radio"/> عدم الموافقة						
الاسم..... التوقيع/..... التاريخ...../...../.....						
<input type="radio"/> الموافقة <input type="radio"/> عدم الموافقة						

ملاحظة هامة: بعد إكمال المطلوب من وحدة التدريب بالكلية سيعاد الطلب إلىإيميل الطالب/ة
من ثم إرسال صورة منه إلى إيميل مشرف التدريب بالمستشفى .