



معهد الكويت للاختصاصات الطبية

نموذج طلب إجازة
Submitting Leave Form

*اسم البرنامج: طب وجراحة العيون.....

| | |
|--|--------------------------------------|
| الإسم: | ر.م: |
| ش.م: | مركز العمل: سنة التدريب: |
| اسم البنك: الفرع: | |
| نوع الإجازة: عدد الأيام: | كرت الإجازات: |
| تبدأ بتاريخ: تنتهي بتاريخ: | |

| توقيع طالب الإجازة | المشرف على التدريب | مدير البرنامج |
|--------------------|--------------------|---------------|
| | | |

أنوار شعبي