



معهد الكويت للاختصاصات الطبية

نموذج طلب إجازة
Submitting Leave Form

*اسم البرنامج:

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