## Kingdom of Saudi Arabia **Ministry of Education Jouf University College of Applied Medical Sciences Internship and Graduate Affairs Unit**



المملكة العربية السعودية وزراة التعليم جامعــة الجــوف كلية العلوم الطبية التطبيقة

## إستمارة طلب إجازة خلال فترة الإمتياز

أولاً: بيانات الطالب/ـة			
			الأسم
			القسم
			الرقم الجامعي
			رقم الهوية
			تاريخ بدء الاجازة
			تاريخ نهاية الاجازة
			مجموع عدد الأيام المطلوبة
	يم 🔲 لا		هل سبق وحصلت إي على إجازة
	عدد الأبيام	أنواعها مجموع ع	إذا حصلت على إجازة سابقاً
			التوقيع
ثانياً: موافقة جهة التدريب الحالية			
الختم	جهة التدرب:		
	التوقيع:		اسم مشرف التدريب:
	التوقيع:		اسم رئيس القسم:
ثالثاً: موافقة الكلية			
الختم	التوقيع:		عميد الكلية
			د. عبد الله بن فالح السرحاني

