



كلية التمريض

٢٠ / ٢٠

بيان برصيد الأجازات لطلاب الامتياز للعام الجامعي

/ الاسم

رقم الحمول /

| الشهور | عدد ايام الانتقاعات | عدد الأيام التي استنفذت من رصيد الأجازات | اسم المستشفى وتوقيع شئون العاملين | الدرجة | توقيع عضو هيئة التدريس |
|--------|---------------------|--|-----------------------------------|--------|------------------------|
| اكتوبر | | | | | |
| نوفمبر | | | | | |
| ديسمبر | | | | | |
| يناير | | | | | |
| فبراير | | | | | |
| مارس | | | | | |
| ابريل | | | | | |
| مايو | | | | | |
| يونيو | | | | | |
| يوليو | | | | | |
| أغسطس | | | | | |
| سبتمبر | | | | | |



كلية التمريض

طلب مد لكان التدريب الأختيارى

السيد الأستاذ الدكتور / وكيل الكلية لشئون

خدمة المجتمع وتنمية البيئة

السيد الدكتور / المنسق الأكاديمى لشئون الامتياز

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على مد فترة من السنة التدريبية (الامتياز) وذلك خلال

الفترة من / / ٢٠٢ حتى / / ٢٠٢

شهر / شهرين

ومرفق رئيس هيئة التمريض بمكان التدريب المراد المد فيه .

ولسيادتكم جزيل الشكر

مقدمه لسيادتكم

طالبة / طالبة امتياز

رقم التليفون

بطاقة قومية رقم



كلية التمريض

طلب تأجيل

السيد الأستاذ الدكتور / وكيل الكلية لشؤون

خدمة المجتمع وتنمية البيئة

السيد الدكتور / المنسق الأكاديمي لشؤون الامتياز

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على تأجيل فترة من السنة التدريسية (الامتياز) وذلك

خلال شهر / شهرين / شهور

وذلك نظراً لظروف

ومرفق

ولسيادتكم جزيل الشكر

مقدمه لسيادتكم

طالبة / طالبة امتياز

رقم التليفون

بطاقة قومية رقم



كلية التمريض

طلب إفادة امتياز

السيد الأستاذ / أمين الكلية

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على إستخراج إفادة امتياز لتقديمها الى

مرفق صورة شخصية

مرفق صورة البطاقة

مرفق إيصال دفع بمبلغ (٧٧ جنيه) بالفيزا

ولسيادتكم جزيل الشكر

مقدمه لسيادتكم

طالبة / طالبة امتياز

رقم التليفون

بطاقة قومية رقم



كلية التمريض

طلب تحويل الإدارة الطبية

السيد الأستاذ الدكتور / وكيل الكلية لشئون

خدمة المجتمع وتنمية البيئة

السيد الدكتور / المنسق الأكاديمي لشئون الامتياز

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على تحويلي الى الإدارة الطبية وذلك نظراً لظروفي

المرضية

مرفق صورة التقرير الطبي .

مرفق إيصال دفع بمبلغ ١٠٠ جنيه .

ولسيادتكم جزيل الشكر

مقدمه لسيادتكم

طالبة / طالبة امتياز

رقم التليفون

بطاقة قومية رقم