

## Leave Request Form

Dental Intern's Name:		اسم طبيب الإمتياز:
University ID Number:		الرقم الجامعي:
Type of Requested Leave		نوع الإجازة المطلوبة:
<input type="checkbox"/> Emergency Leave		<input type="checkbox"/> إجازة إضطرارية
<input type="checkbox"/> Sick Leave		<input type="checkbox"/> إجازة مرضية
<input type="checkbox"/> Educational Leave		<input type="checkbox"/> إجازة تعليمية
Leave Duration:.....Days		مدة الإجازة:.....يوم
Start Date:		تاريخ بداية الإجازة:
End Date:		تاريخ نهاية الإجازة:
Attached Documents:		المرفقات:
Dental Intern's Name and Signature:		الإسم والتوقيع:
Date:		التاريخ:

Interns Supervisor :		مشرف الامتياز بالمستشفى
<input type="checkbox"/> Approved		<input type="checkbox"/> موافق
<input type="checkbox"/> Not Approved (Justifications)		<input type="checkbox"/> غير موافق
Name and Signature:		الاسم والتوقيع:
Date:		التاريخ:

Interns Supervisor:		مشرف الامتياز بالكلية
<input type="checkbox"/> Approved		<input type="checkbox"/> موافق
<input type="checkbox"/> Not Approved (Justifications)		<input type="checkbox"/> غير موافق
Name and Signature:		الإسم والتوقيع:
Date:		التاريخ: