



نموذج الاستئذان للأطباء

اسم الطبيب: _____

(1) استئذان أثناء الدوام الصباحي: عيادات علاج ضوئي ليزر جراحة مختبرات أخرى

(2) استئذان من حضور اللقاء العلمي الأسبوعي

<p>التاريخ: _____ من الساعة: _____ حتى الساعة: _____</p> <p>توقيع الطبيب</p> <p>توقيع الطبيب المسئول المباشر</p> <p>اعتماد رئيس القسم</p>	<p>التاريخ: _____ من الساعة: _____ حتى الساعة: _____</p> <p>توقيع الطبيب</p> <p>توقيع الطبيب المسئول المباشر</p> <p>اعتماد رئيس القسم</p>	<p>التاريخ: _____ من الساعة: _____ حتى الساعة: _____</p> <p>توقيع الطبيب</p> <p>توقيع الطبيب المسئول المباشر</p> <p>اعتماد رئيس القسم</p>
---	---	---

سنة: _____

شهر: _____

7	6	5	4	3	2	1
14	13	12	11	10	9	8
21	20	19	18	17	16	15
28	27	26	25	24	23	22
				31	30	29