**نموذج طلب : إفادة / تحويل طبي**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| صــــــــــــــــــــــاحب الطلب | |  | | --- | | نوع الإفادة :  براتب  بدون راتب  تحويل طبي |   اسم الجهة / ...............................................................................  اسم المستشفى /المركز الصحي /.......................................... .............  مقدم الطلب / ..............................................................................  الرقم الوظيفي .........................../ الكلية / الإدارة / ............................    ختم الجهة |
| إدارة عمليات الموارد البشرية | عليه نرفق لسعادتكم طلب / ..................................................................................................................................................................................... ودمتم    **مدير إدارة عمليات الموارد البشرية**    **ناصــر بن نــافع النخـــلي** |