**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**    **عبد الله النوري الشمري** |