جامعة الكويت

مكتب نائب مدير الجامعة للعلوم الطبية

نموذج استئذان

**Permission form**

الاسم (Name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

القسم (Section-Department) -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

وذلك للذهاب الى (Destination) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

التاريخ (Date)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

من (From)\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الى (To) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الكرت (KU-ID No.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الاستئذان (Permission No.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الموظف توقيع الرئيس المباشر

Supervisor Signature Employee Signature