



الرقم: _____
التاريخ: _____
المرفقات: _____

Deferment of Internship Training

نموذج طلب تأجيل

Name:	اسم الطالب/ة :
University No.	الرقم الجامعي:
Hospital Name:	اسم المستشفى :
Present area Orientation:	اسم القسم الذي تتدرب فيه حالياً:
Reason for Delayed:	سبب التأجيل:
Number of days Delayed:	عدد أيام التأجيل:
Request date:	تاريخ الطلب:
From Date:	تبدأ في تاريخ:
To Date:	وتنتهي في تاريخ:
Intern Signature:	توقيع الطالب/ة :
Date:	التاريخ: هـ / /
Approval of the Vice Dean for Hospital Affairs موافقة وكيل كلية التمريض للشؤون السريرية	Approval of Nursing College موافقة المسنول/ة عن طلاب الامتياز بالكلية

Note: After approval a copy should be kept in the interns' file and the original should be sent to the nursing office