



تصريح (خروج) أعيان للمستشفى الجامعي

for King Abdulaziz University Hospital (Out Pass)

اسم الشركة Company	الوقت و التاريخ Time & Date	توقيع مقدم الطلب Requester Signature	اسم مقدم الطلب Requester name
	/ / 201 هـ ١٤٣ / /	:	

الغرض (السبب) Purpose	القسم Department	النوع ، رقم التسلسل Type & Serial no.	اسم الأعيان و الوصف Name & description

رقم أمر العمل للجهاز Work order	رقم الجهاز المرجعي Control number

اعتماد الإدارات المسئولة

الختم Stamp	التوقيع Signature	الاسم Name	المسمى Job Title
			مدير..... Director of
			مدير إدارة الممتلكات Director of Property Administration
			مدير إدارة الأمن Director of Security Administration

ملاحظات :