



Ref. :

الإشارة :

Date :

التاريخ :

نموذج طلب مفاتيح  
Key Requisition Form



Date: ..... التاريخ:  
Name of Person Requisition: ..... اسم طالب المفاتيح:  
Department: ..... القسم:  
Pager: ..... البيجر: Extention: ..... التحويلة:

				رقم الغرفة Room Number
				رقم الباب Door Number
				الطابق Floor

Reason: ..... الأسباب:

	التوقيع Signature		رئيس القسم Head of The Department
	التوقيع Signature		مدير إدارة الممتلكات Director of Property Control
	التوقيع Signature		مدير المستشفى Hospital Director
	التوقيع Signature		مدير إدارة الأمن Security Administration Director

I, the undersigned certify that I have read and understood the policy regarding hospital key(s) and promise to follow it.

التاريخ Date	التوقيع Signature	الرقم الوظيفي Employee No.	الاسم Name

Verification of return to security upon termination of employee.