



نموذج طلب الموافقة على النقل داخل المستشفى الجامعي

البيانات الوظيفية

الاسم:	الرقم الوظيفي:
السجل المدني:	المؤهل الدراسي:
نوع الوظيفة:	التخصص:
الوظيفة الحالية:	تاريخ التعيين:

اتقدم انا الموظف/ه: برغبتي في النقل من إدارة/ قسم.....
الى إدارة/ قسم
وذلك للأسباب التالية:
.....
.....
.....

توقيع مقدم الطلب بصحة البيانات ورغبته في النقل: / / التاريخ

رئيس الجهة المنقول اليها	رئيس الجهة الحالية
الاسم:	الاسم:
التوقيع:	التوقيع:
<input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> موافق بديل <input type="radio"/> غير موافق	<input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> موافق بديل <input type="radio"/> غير موافق
الأسباب:	الأسباب:
التوقيع:	اعتماد مدير إدارة الموارد البشرية
اجراءات النقل ١. اعداد القرار ٢. صورة لقسم الموظف الحالي وقسم الموظف السابق ٣. يحفظ النموذج في ملف الموظف	<input type="radio"/> موافق <input type="radio"/> موافق بديل <input type="radio"/> غير موافق الأسباب:

الرقم: التاريخ: Date: المشفوعات: Encl: