



## مراقبة التخطيط والتدريب

SUPERINTENDENCY OF PLANNING AND TRAINING

DENTAL ADMINISTRATION | ادارة طب الاسنان



وزارة الصحة

Ministry of Health

دولة الكويت | State of Kuwait

نموذج استئذان طبيب متدرب، عن شهر / .....

	الاسم
	رقم الملف
	مركز العمل

التاريخ: / /	الاستئذان الأول
وقت الحضور:	○ بداية الدوام.
وقت الانصراف:	○ نهاية الدوام.
توقيع وختم الطبيب المشرف:	

التاريخ: / /	الاستئذان الثاني
وقت الحضور:	○ بداية الدوام.
وقت الانصراف:	○ نهاية الدوام.
توقيع وختم الطبيب المشرف:	

التاريخ: / /	الاستئذان الثالث
وقت الحضور:	○ بداية الدوام.
وقت الانصراف:	○ نهاية الدوام.
توقيع وختم الطبيب المشرف:	

التاريخ: / /	الاستئذان الرابع
وقت الحضور:	○ بداية الدوام.
وقت الانصراف:	○ نهاية الدوام.
توقيع وختم الطبيب المشرف:	