

الاسم:.....

الوظيفة:.....

القسم:.....

التاريخ:.....

نوع الإجازة

سنوية

مرضية

اضطرارية

أخرى:

مدة الإجازة

من تاريخ:..... إلى تاريخ:.....

عدد الأيام:.....

سبب الإجازة

.....

بيانات التواصل أثناء الإجازة

رقم الهاتف:.....

توقيع الموظف

.....

اعتماد المدير المباشر

.....: الاسم

...../ التوقيع