صورة ملونة
حديثة

نمـــوذج إصدار بطاقـــة
HOSPITAL ID REQUST FORM

أولاً : المعلومات الشخصية — Personnel Information's

الأســـــم :	Full Name :
رقم الملف :	File No. :
الوظيفـــة :	Position :
المرتبـــة :	Grade :
القســـم :	Department :

ثانياً : مصادقة رئيس القسم / مدير الإدارة — Head of Department Approbation

الأســـــم :	Name :
الوظيفـــة :	Position :
القســـم :	Department :
التاريـــخ :	Date :
التوقيـــع :	Signature :

ثالثاً : الاستلام من قبل سكرتير القسم / الإدارة — Secretary of Department

أســـــم المستلم :	Receiver Name :
التاريخ : / / التوقيع :.....	Date : / / Signature:……

رابعاً : الموظف المختص بشؤون الموظفين — Personnel Department

الأســـــم :	Name :
التاريـــخ :	Date :
التوقيـــع :	Signature :
ملاحظات :	Note :