



نموذج إخلاء طرف  
POSTGRADUATE TRAINEES CLEARANCE FORM  
/ / تاريخ الطلب

Name: \_\_\_\_\_ الأسم:  
Training Program: \_\_\_\_\_ البرنامج التدريبي:  
Computer (ID) NO: \_\_\_\_\_ رقم الكمبيوتر:  
Starting Date: \_\_\_\_\_ بداية التدريب:  
Ending Date: \_\_\_\_\_ نهاية التدريب

We, the undersigned certify that the above mentioned  
no obligation and responsibilities

نقر نحن الموقعين أدناه بأن الموضح اسمه وبياناته  
أعلاه خالي الطرف من جميع الإلتزامات

ملاحظات OBSERVATION	التاريخ DATE	التوقيع SIGNATURE	الوظيفة POSITION	إسم المسئول THE HEAD OF THE DP.	القسم DEPARTMENT
					المستودع STORE
					المغسلة LAUNDRY
					السجلات الطبية MEDICAL RECORD
					شئون الموظفين PERSONNEL
					قسم الحاسب الآلي IT DEPARTMENT
					الصيدلية PHARMACY
					الإدارة الهندسية ENGINEERING
					المكتبة LIBRARY
					الأمن والسلامة SAFTY & SECURITY
					مدير برنامج التدريب PROGRAM DIRECTOR
					مدير مركز التعليم الطبي MEC DIRECTOR