

نموذج طلب الموافقة على النقل

الاسم	الوظيفة	المرتبة / التسلسل	المسجل المدني

وفقاً للصلاحيات الممنوحة لدينا نظاماً وبناءً على رغبة الموظف المذكور بياناته اعلاه فإنه لا مانع لدينا من نقله وأخلاء الوظيفة.

الرئيس المباشر:

الاسم:

المسمى الوظيفي:

التاريخ:

التوقيع:

وزارة الصحة

اعتماد صاحب الصلاحية

الاسم:

المسمى الوظيفي:

التاريخ:

التوقيع:

الختم الرسمي