**سعادة مدير الشؤون الادارية والمالية بالإدارة العامة للموارد الذاتية حفظه الله**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم الموظف** | **رقم التقرير الطبي** | **تاريخ بداية الاجازة المرضية** | **الجهة الصادر منها التقرير الطبي** | **عدد ايام الاجازة المرضية** | **مجموع ايام الاجازات المرضية** |
| 1 |  | 1- | 1- ( ) | 1- | 1- ( ) | ( ) |
| 2- | 2- ( ) | 2- | 2- ( ) |
| 3- | 3- ( ) | 3- | 3- ( ) |
| 2 |  | 1- | 1- ( ) | 1- | 1- ( ) | ( ) |
| 2- | 2- ( ) | 2- | 2- ( ) |
| 3- | 3- ( ) | 3- | 3- ( ) |
| 3 |  | 1- | 1- ( ) | 1- | 1- ( ) | ( ) |
| 2- | 2- ( ) | 2- | 2- ( ) |
| 3- | 3- ( ) | 3- | 3- ( ) |
| 4 |  | 1- | 1- ( ) | 1- | 1- ( ) | ( ) |
| 2- | 2- ( ) | 2- | 2- ( ) |
| 3- | 3- ( ) | 3- | 3- ( ) |
| 5 |  | 1- | 1- ( ) | 1- | 1- ( ) | ( ) |
| 2- | 2- ( ) | 2- | 2- ( ) |
| 3- | 3- ( ) | 3- | 3- ( ) |
| 6 |  | 1- | 1- ( ) | 1- | 1- ( ) | ( ) |
| 2- | 2- ( ) | 2- | 2- ( ) |
| 3- | 3- ( ) | 3- | 3- ( ) |

نرفق لسعادتكم أصل التقارير الطبية الخاصة (بموظف/ ين) (كلية ، عمادة ، مركز ، معهد ، إدارة ، ...........................) لشهر (.............) وعددهم (.............) موظف .

آمل التكرم بتعميد من يلزم بإكمال اللازم

وتقبلوا خالص تحياتي وتقديري ،،،

**مدير الادارة بـ :** .................................. **الاسم :** .......................... **التوقيع :** .................. ا**لتاريخ :** .....**/**.....**/**.....**14هـ**