



كلية الفنون الجميلة

إدارة / قسم

طلب تصريح بالغياب أثناء وقت العمل

سبب التصريح :

رقم التصريح خلال نفس الشهر : (التاريخ : / / ٢٠١)

مدة التصريح : عدد : (ساعة من : إلى :

الرئيس الأعلى

الرئيس المباشر

توقيع طالب التصريح