



جامعة سوهاج كلية التربية



إقرار

العودة من الاجازة المرضى

الاسم :

الوظيفة :

تاريخ ابتداء الاجازة :

تاريخ إنتهاء الاجازة :

تاريخ إستلام العمل :

إقرار

الموظف

أقر أنا /

بأننى تسلمت عملى بتاريخ / / ٢ م بعد الاجازة المرضية التى منحت
لى وكانت بدايتها فى / / ٢ م ونهايتها فى / / ٢ م
توقيع الموظف /

الرئيس المباشر

تحريرا فى / / ٢ م