



جامعة سوهاج كلية التربية



تحويل للتأمين الصحي

السيد الدكتور/ أمين عام كلية التربية

أرجو من سيادتكم التكرم بالموافقة علي التصريح لي بالخروج للذهاب للتأمين الصحي

يوم () الموافق / / م

وذلك لظروف مرضية / لصرف العلاج.

والأمر معروض علي سيادتكم برجاء التكرم بالموافقة

تحريراً في / / م

مقدمه لسيادتكم

الاسم :

التوقيع:

موافقة الرئيس المباشر / مدير الإدارة

التوقيع: