

| | | | |
|--|---|---|-------------|
| هـ - ت - ١٢ | | طلب استرداد نفقات علاج | |
| | | طبقاً لأحكام القانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٧٢ ولائحته التنفيذية | |
| بيانات مقدم الطلب | | | |
| الأسم | الوظيفة | القسم | |
| مكان العلاج | <input type="checkbox"/> بالداخل | <input type="checkbox"/> بالخارج / البلد التي تم العلاج بها | |
| عدد الفواتير | مع إرفاق المستندات الداعمة (روشتات / طلبات فحوصات مختلفة / تقارير طبية) | | |
| أجمالى المبلغ المطلوب من الفواتير | | | |
| تاريخ تقديم الطلب | / / | توقيع مقدم الطلب | |
| مراجعة شئون هيئة التدريس بالكلية | | | |
| الموظف المختص | المراجع | رئيس القسم | التاريخ / / |
| موافقة إدارة الكلية على مخاطبة اللجنة الطبية | | | |
| أ.د عميد الكلية / المعهد | التوقيع | صادر | |
| رأى اللجنة الطبية | | | |
| رئيس اللجنة | التوقيع | التاريخ / / | وارد |
| أعضاء اللجنة: ١- | التوقيع | | |
| ٢- | التوقيع | | |
| ٣- | التوقيع | | صادر |
| ٤- | التوقيع | | |
| اعتماد السيد الأستاذ الدكتور رئيس الجامعة | | | |
| التوقيع | التاريخ / / | وارد | |
| | | صادر | |