



Sick Leave Form

تقرير إجازة مرضية

Date			التاريخ
M/S. Medical Center			السادة/ المركز الطبي
Please describe the medical condition of the following employee and advise on the proposed sick leave, if any.		يرجى التكرم بإجراء الكشف على الموظف المذكور أدناه، وتقديم التوصيات اللازمة، وفترة الراحة المقترحة له.	
Overseas Courier Service		شركة أو سي اس	
HRD		الموارد البشرية	
Employee Name			اسم الموظف
Employee ID#			الرقم الوظيفي
Job Title			المسمى الوظيفي
Medical Report التقرير الطبي			
Leave Return العودة من الإجازة			
Resumption Date تاريخ استئناف العمل		Employee's Signature توقيع الموظف	
Supervisor's Signature توقيع المشرف		Manager's Signature توقيع المدير	
HR Department قسم الموارد البشرية			
Sick Leave Days أيام الإجازة المرضية		Date التاريخ	
HRD الموارد البشرية		Name الإسم	