



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 المقترنة به.
Overseas Courier Service		شركة أو سي اس
HRD		الموارد البشرية

Employee Name		اسم الموظف
Employee ID#		رقم الوظيفي
Job Title		المسمي 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 ايام الإجازة المرضية	Date التاريخ
HRD الموارد البشرية	Name الإسم