

إدارة / قسم:

طلب تصريح بالغياب أثناء وقت العمل*

الاسم: الوظيفة:

سبب التصريح:

رقم التصريح خلال نفس الشهر: (.....).

التاريخ في / / ٢٠.....

مدة التصريح: عدد (.....) ساعة من الساعة (ص/م)، حتي الساعة (ص/م).

من / / ٢٠..... إلي / / ٢٠..... تحريراً في / / ٢٠.....

توقيع طالب التصريح

إعتماد الرئيس الأعلى

رأي الرئيس المباشر

MINIA UNIVERSITY

* كتاب دوري الجهاز رقم (٢٠٠٧/٩) . قرار الجهاز رقم (٢٠٠٧/٢٨٩).

الرسالة:

الرؤية:

تضمن رسالة كلية التمريض جامعة المنيا في كونها تعد خريجها ليكونوا صفوة من المتمكنين القادرين على المنافسة في المجال التمريضي على الصعيد القومي وفقاً لمعايير الجودة الخاصة بالهيئة القومية للجودة والاعتماد وكذلك القيام بدور فعال في حل المشكلات الصحية للمجتمع من خلال تطبيق برامج تعليمية متطورة، وكذلك القيام بدور فعال في خدمة المجتمع وتنميته والمشاركة في البحث العلمي وتطبيقاته و التنمية الذاتية و التعليم المستمر.

تتطلع كلية التمريض جامعه المنيا ان تكون مركزاً متميزاً في تعليم التمريض والقيام بالأبحاث العلمية لتطوير الأداء وتقديم خدمات صحية وتمريضية متميزة.

Tel: (086)-2347765

Fax: (086) -2347764

QAAU E-mail: QAAU123@s-mu.edu.eg

Faculty E-mail: nursing.prt@mu.edu.eg

Date: January 17, 2016