



نموذج طلب شكوى أو اقتراح  
COMPLAINT OR SUGGESTION REQUEST FORM

Request Type	نوع الطلب
طلب اقتراح Request for proposal	<input type="checkbox"/>
	طلب شكوى Request a complaint
	<input type="checkbox"/>

Date of Request	تاريخ الطلب	
DD	MM	YYYY

Request Ref#	رقم الطلب

Internal Request (College of Medicine)	طلب داخلي (كلية الطب)
---	--------------------------

المسمى (طالب - عضو هيئة تدريس - إداري - أخرى) Designation	Name (Optional)	الإسم اختياري

Mobile	جوال	E-mail Address	عنوان البريد الإلكتروني	Level	المستوى	Division/Dept.	القسم / الإدارة
+966		@					

External request (outside the College of Medicine)	طلب خارجي (خارج الكلية)
---	----------------------------

Mobile	جوال	E-mail Address	عنوان البريد الإلكتروني	Work Location	موقع العمل	Name	الإسم اختياري
+966		@					

The Subject of the Request	موضوع الطلب

Attached Documents	بيان بالمرفقات
4	1
5	2
6	3

Recommendations	التوصيات