

APPLICATION FORM FOR CONTRACTEE'S CHILDREN EDUCATIONAL ALLOWANCE
SCHOOL YEAR 14 / 14 (19 /19)

CONTRACTEE'S NAME:
NATIONALITY: POSITION:
COLLEGE/ DEPT :
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS ABROAD (CITY- COUNTRY):

NAMES & AGES OF CHILDREN ENTITLED TO EDUCATIONAL ALLOWANCE

SER. NO	NAME	SEX	AGE	BIRTH DATE D. M. Y	SCHOOL NAME & ADRESS	INSTRUCTION MEDIA	LEVEL OF STUDY	AMOUNT
1								
2								
3								
4								

THE ADMINISTRATOR COLLEGE OF

DEAR SIR.

KINDLY PROCESS THIS APPLICATION FOR PAYMENT OF MY ABOVE NAMED CHILDREN EDUCATIONAL ALLOWANCE ENCLOSED PLEASE FIND OFFICIAL RECEIPTS OF THEIR EDUCATIONAL COSTS AND COPIES OF THEIR BIRTH CERTIFICATES

I HEREBY DECLARE THAT THE FORESAID INFORMATION IS TRUE AND ON MY OWN RESPONSIBILITY.

ME :

SIGNATURE :

DATE : / /

المحترم

سعادة مدير عام شؤون أعضاء هيئة التدريس والموظفين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته . . . وبعد

الرجاء اتخاذ اللازم وفقاً لما هو موضح اعلاه وبرفقته الايصالات الدالة على ذلك .

وتقبلوا تحياتي . . . والسلام

التاريخ / / ١٤ هـ

التوقيع مدير إدارة كلية العلوم / أ. خالد بن سلمان العشوي

- يوجه أصل الاستمارة والمرفقات إلى الإدارة العامة لشئون هيئة التدريس والموظفين (شعبة المتعاقدين)
- صورة من الاستمارة مع صور المرفقات يحفظ لدى جهة عمله