

الرقم:

التاريخ: / / ١٤هـ

المرفقات:

وحدة التدريب الإكلينيكي والإمتهان

نموذج اعتماد فترة الامتياز
 Concession period approval form

المختبرات الاكلينيكية
Laboratory

العلوم الاشعاعية
Radiology

علوم التأهيل الطبي
Physiotherapy

الرقم الجامعي:

الاسم :

فترة التدريب: من إلى.....

اسم المستشفى :

التوقيع :

تاريخ تقديم الطلب :/...../14هـ

يُكْمَلُ بِوِاسِطَةِ مَنْسِقِ التَّدْرِيبِ :

اسم المنسق :

التوقيع :

اعتماد فترة تدريب الامتياز للطالب المذكور أعلاه
 عدم اعتماد فترة تدريب الامتياز للطالب المذكور أعلاه

التوقيع	الجهة المسؤولة بالقسم	الحالة		المتطلبات
		مستوفي	غير مستوفي	
	المسجل الأكاديمي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلو الطرف الجامعي
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انهاء المقررات الدراسية بنجاح
	عضو لجنة الخريجين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نموذج متابعة خريج
	مسؤول TLD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسليم TLD "خاص بقسم الأشعة"
	مشرف الجودة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استطلاع تقييم البرنامج
	عضو لجنة الامتياز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استطلاع تقييم فترة الامتياز
	رئيس المكتب الأكاديمي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استطلاع الرأي حول المكتب الأكاديمي
	رئيس لجنة الشكاوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استطلاع رضا الطلاب عن نظام الشكاوي
	رئيس لجنة البحث العلمي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بيان عن نشر ورقة علمية

اسم رئيس
المكتب الاكاديمي :

.....

التوقيع :

توصيات رئيس المكتب الأكاديمي بالكلية :

تغيير الحالة المدخلة إلى مجتازة

عدم تغيير الحالة إلى مجتازة لعدم الاستيفاء

تعليمنا يُحقق الرؤية