

الرقم:

التاريخ: / / ١٤هـ

المرفقات:

وحدة التدريب الإكلينيكي والإمْتياز

نموذج طلب شهادة الامتياز

Internship certificate form

المختبرات الاكلينيكية  
Laboratory

العلوم الاشعاعية  
Radiology

علوم التأهيل الطبي  
Physiotherapy

اسم العائلة	اسم الجد	اسم الأب	الاسم الأول	الإسم مطابق للهوية الوطنية

The name Corresponding to the national identity	First Name	Father Name	Grandfather Name	Family Name

	السجل المدني
	الرقم الجامعي
	جهة التدريب
20...../...../.....م - 14...../...../.....هـ	تاريخ بداية التدريب
20...../...../.....م - 14...../...../.....هـ	تاريخ نهاية التدريب

رئيس وحدة الإمتياز

الإسم: .....

التوقيع: .....

مقدم الطلب

الإسم: .....

التاريخ: 14...../...../.....هـ

التوقيع: .....

تعليمنا يُحقق الرؤية