

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