

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
...../...../.....م20 - ...../...../.....هـ14	تاريخ بداية التدريب
...../...../.....م20 - ...../...../.....هـ14	تاريخ نهاية التدريب

رئيس وحدة الإمتياز

الإسم: .....

التوقيع: .....

مقدم الطلب

الإسم: .....

التاريخ: ...../...../.....هـ14

التوقيع: .....

تعليمنا يُحقق الرؤية