**ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**

**إفادة تدريب للطالب/ــة " فترة الإمتياز"**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاســــــــــــــــــــم** | **الرقم الجامعي** | **التخصص** | **المعدل** | **رقم الهوية** | **رقم الجوال** |
|  |  |  |  |  |  |

 **تفيد كلية العلوم الطبية التطبيقية بأن الطالب/ــة الموضحة بياناته أعلاه**

هو طالب متدرب في فترة الإمتياز خلال الفترة من ...../......./........هــ إلى ....../......./.........هــ

مكان التدريب:.................................................

للاستفسار نأمل الاتصال على وكالة التدريب والشؤون السريرية بالكلية هاتف (0164042773) أو البريد الإلكتروني ctavd.cams@mu.edu.sa))، شاكرين لكم تعاونكم المستمر.

 **وتـقبلـوا خالـص التحية والتقديـر**

 **وكيـل الـكـلية للتدريب والشـؤون السـريرية**

 **د. رائــد بـن عـبدالـلـه الحـربـي**