

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

**الموضوع / إفادة تدريب للطالب " فترة الأمتياز"**

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

هو طالب متدرب في فترة الأمتياز خلال الفترة من ...../......./........... إلى ....../......./...........

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

للأستفسار نأمل الاتصال على وحدة التدريب الإكلينيكي بالكلية هاتف (0164042862) أو البريد الإلكتروني m.bakouri@mu.edu.sa))، شاكرين لكم تعاونكم المستمر.

**وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري**

**وكيل الكلية للتدريب والشؤون السريرية**

**د. ماجد بن سليمان العمري**