

طلب تغيير عنوان

السيرة الأستاذ / مدير إدارة شؤون الطلاب

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على تغيير عنواني

من /

إلى /

حيث أنني مقيد ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة – جامعة المنصورة المستوى

(.....) لائحة (.....)

العام الجامعي (20...../20.....).

تحرير في (...../...../20.....).

مرفق طية:

-
-
-

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الشكر والاحترام

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب :

التوقيع :

الرقم القومي :

رقم التليفون :

التاريخ : 20...../...../.....

رسالة البرنامج

اعداد صيادلة مؤهلين بأحدث المفاهيم الصيدلانية والطبية يمكنهم المساهمة في رفع كفاءة المنظومة العلاجية علي المستوى المحلي والاقليمي من خلال التعامل مع الفريق الصحي في المستشفيات وتقديم الخدمات الصيدلانية بمستوى مهاري محترف بالصيدليات العامة والخاصه ومصانع وشركات الادوية ومعامل الرقابة الدوائية وتحليل الاغذية بالاضافه الي العمل في مجال الاعلام والتسويق الدوائي والمشاركة بفاعليه في البحث العلمي من خلال مراكز البحوث والجامعات لخدمة المجتمع .