

## طلب تسجيل الحد الأدنى من الساعات للتخرج

السيرة الأستاذ الدكتور / مدير البرنامج

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على تسجيلي عدد ساعات أقل من الحد الأدنى للتسجيل وهو (.....) ساعة وذلك لظروف التخرج حيث أنى مقيد ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة – جامعة المنصورة لائحة (.....) العام الجامعى (20...../20.....).

المقرر المراد تسجيله: .....

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الشكر والاحترام

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب : .....

التوقيع : .....

الرقم القومى : .....

التليفون : .....

التاريخ : 20...../...../.....

### رسالة البرنامج

اعداد صيدلة مؤهلين بأحدث المفاهيم الصيدلانية والطبية يمكنهم المساهمة في رفع كفاءة المنظومة العلاجية على المستوى المحلي والاقليمي من خلال التعامل مع الفريق الصحي في المستشفيات وتقديم الخدمات الصيدلانية بمستوى مهاري محترف بالصيدليات العامة والخاصة 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 .