

ملف التقدم للإلتحاق ببرنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)

الاسم:

العام الجامعي: 2020 / 2019

الكلية:

القسم:

المرفقات والمستندات المطلوبة للإلتحاق ببرنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية
: (Pharm D)

غير مستوفى	مستوفى	المستند	
		إقرار العمل بالحكومة أو القطاع العام وموافقة جهة العمل بالتفرغ	1
		عدد 1 شهادة بكالوريوس (مؤقتة) وأخرى بالتقديرات (موضحاً بها النسبة المئوية)	2
		شهادة تأدية الخدمة العسكرية أو الإعفاء منها أو الموقف من التجنيد أو ما يفيد التأجيل للذكور	3
		صورة بطاقة الرقم القومي	4
		أصل شهادة الميلاد الالكترونية	5
		عدد 4 صور شخصية	6
		شهادة المعادلة من المجلس الأعلى للجامعات (بكالوريوس - دبلومات - بوردر أمريكي) لمن ينطبق عليه .	7
		عدد (2) دوسيه بلاستيك وحافظة اوراق بلاستيك (زرقاء اللون)	8
		شهادة حسن سير و سلوك من الكلية التي درس بها الطالب	9
		شهادات الدراسات العليا الاخرى أن وجدت	10
		خطاب ترشيح وزارة الصحة أو العمل بمستشفيات جامعة المنصورة	11



جامعة المنصورة
كلية الصيدلة
الدراسات العليا والبحوث
برنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)

طلب الإلتحاق

السيدة الأستاذة الدكتور / مدير برنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)

تحية طيبة وبعد ،،

أتشرف بالتقدم للقيد ببرنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D) للعام الجامعي 2019 / 2020 .
وأقر بأنني غير مقيد لأي درجة جامعية بأي جامعة أخرى . كما أتعهد بسداد الرسوم الدراسية في الموعد المحدد وطبقاً للآلية المعلنة بالكلية .

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الاحترام ،،

الإسم:

التوقيع:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



جامعة المنصورة
كلية الصيدلة
الدراسات العليا والبحوث
برنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)

إستمارة بيانات

بيانات التخرج		بيانات شخصية	
	الكلية / الجامعة		الاسم
	تاريخ التخرج		الوظيفة
	النسبة المئوية للمجموع التراكمي		جهة العمل
	التقدير / APG		العنوان الدائم
	المؤهل الدراسى	أرضي : محمول :	رقم التليفون
	مؤهلات أخرى		البريد الإلكتروني

إقرار

أقر أنا الموقع أدناه /
أن جميع البيانات الموضحة بعالية صحيحة وعلى مسئوليتي الشخصية وفي حالة تغيير أي بيانات أقوم
بإخطار قسم الدراسات العليا .
وهذا إقرار مني بذلك .

المقر بما فيه

التوقيع:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

التاريخ : / / 2019



جامعة المنصورة
كلية الصيدلة
الدراسات العليا والبحوث
برنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)

إقرار العمل بالحكومة أو القطاع العام

أقر أنا الموقع أدناه/.....
بأنني (أعمل - لا أعمل) فى أي جهة حكومية أو قطاع عام وأن وظيفتي الحالية

هي.....
وأتعهد بموافاتكم بأي تغيير يطرأ على عملي الحالي أو عنوان السكن .

وهذا إقرار مني بذلك .

المقر بما فيه

التوقيع:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

اعتماد موافقة جهة العمل للعاملين بالحكومة والقطاع العام

تشهد (مصلحة / مديرية / هيئة / مؤسسة)

بأن السيد.....

يعمل بها بوظيفة.....
ولا مانع من تقدمه لبرنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D) بالكلية وذلك بناء
على الطلب المقدم من سيادته للعام الجامعي 2019 / 2020

رئيس المصلحة

ختم
المصلحة

استمارة معلومات

بيانات التقديم	
	الإســــــــم :
	تاريخ الميلاد :
	الجنسية :
	العنوان الدائم :
	رقم التليفون :
	البريد الإلكتروني :
	تاريخ الحصول على البكالوريوس:
	الجامعة :
	النسبة المنوية / GPA
<input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> ماجستير	مؤهلات أخرى :
	الوظيفة الحالية :
<input type="checkbox"/> أدي الخدمة <input type="checkbox"/> معفى	الموقف من التجنيد
	نوع الدراسة
	علي نفقته الخاصة

وهذا إقرار مني بذلك .

المقر بما فيه

التوقيع:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

إقرار

أقر أنا / بأنني على علم تام بألية التقدم والتنسيق للدراسات العليا بالكلية وموافق عليها ولما تؤدي اليه سواء بالقبول أو بالرفض وهذا إقرار مني بذلك .

المقر بما فيه

التوقيع:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

إقرار

أقر أنا الصيدلي /
بالتزامي بالحضور للدراسة ببرنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)
علماً بأنه فى حالة الغياب وعدم الإنتظام فى الدراسة سوف تقوم الكلية بالآتى :-
١ - الحرمان من دخول الامتحان عند تجاوز نسبة الغياب المقررة .
٢ - إتخاذ الإجراءات القانونية لإلغاء القيد أو التسجيل.

وهذا إقرار مني بذلك .

المقر بما فيه

التوقيع:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تملاً جميع الأوراق بالكمبيوتر قبل تقديمها للمختص بمكتب وكيل الكلية للدراسات العليا و البحوث

بطاقات رغبات تخصصية لدرجة الماجستير المهني فى الرقابة النوعية و
التحليل الدوائي
و الماجستير المهني فى المناعة و الطب التجديدي
(فى حالة عدم القبول ببرنامج دكتور الصيدلة (Pharm D)

الرغبة	الرغبات التخصصية	بيانات التقييم
	الماجستير المهني فى الرقابة النوعية و التحليل الدوائي	1
	الماجستير المهني فى المناعة و الطب التجديدي	2
		تاريخ الحصول على البكالوريوس:

إقرار



جامعة المنصورة
كلية الصيدلة
الدراسات العليا والبحوث
برنامج دكتور الصيدلة فى الصيدلة الإكلينيكية (Pharm D)

أقر أنا /
بأنني على علم تام بألية التقدم والتنسيق للدراسات العليا بالكلية وموافق عليها ولما تؤدي اليه سواء
بالقبول أو بالرفض وهذا إقرار مني بذلك .

المقر بما فيه

التوقيع:

الرقم القومي:

لجنة التنسيق			نتيجة
التوقيع	الاسم	م	التنسيق
		1	
		2	
		3	
		4	

تحريراً في : / / 2019