



اقرار

أقر أنا الطالب / المسجل بالمستوى
(.....) ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية - كلية الصيدلة - جامعة المنصورة بأنى
سوف أقوم بتسجيل مقررات :

م	المقرر	المستوى
1		
2		
3		
4		
5		

فى موعد طرحها اتباعاً لتوصية المرشد الأكاديمى وتوصية ادارة البرنامج وفى حالة عدم التزلى
بالتوصية سوف أقوم بتسجيل المقرر حين يتم طرحه من قبل ادارة البرنامج.

الاسم/
التوقيع/
رقم الطالب/
التاريخ/

المرشد الأكاديمى:
توقيع المرشد الأكاديمى: