



استمارة

التدريب الصيفي بالمؤسسات الصيدلانية لطلاب برنامج الصيدلة الإكلينيكية
المستوى : عن العام الجامعي : ٢٠١ / ٢٠١



اسم الطالب :

عنوان السكن أو الإقامة أثناء الصيف :

تليفون الطالب : محمول :

اسم المؤسسة أو الصيدلانية التي سيتم التدريب بها :

عنوان المؤسسة أو الصيدلانية التي سيتم التدريب بها :

رقم تليفون المؤسسة أو الصيدلانية :

مساء		صباحا		ساعات التدريب اليومي	فترة التدريب
إلى	من	إلى	من		
					يوليو
					أغسطس
					سبتمبر

موافقة مدير المؤسسة أو الصيدلانية التي سيتدرب بها الطالب :

ختم المؤسسة أو الصيدلانية التي سيتدرب بها الطالب :

توقيع الطالب

.....