

طلب التقدم لامتحان مقرر غير مكتمل
(Incomplete)

السيرة الأستاذ الدكتور مدير برنامج الصيدلة الإكلينيكية

تحيّة طيبة وبعبر

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة علي تقديمي لامتحان مقرر غير مكتمل (Incomplete) في
مقرر كود (.....) للفصل الدراسي:
..... للعام الجامعي علي أن أقوم بسداد رسوم الامتحان
وقدرها (1000 جنيه) في الموعد المحدد من إدارة البرنامج علماً بأنني تقدمت فيما سبق عدد
..... مره في مقررات :

- •
- •
- صيدلة اكلينيكية
- صيدلة اكلينيكية لأثحة جديده
- فارم دى صيدلة اكلينيكية

ونفضلوا سياتكم بقبول ولا فر السحرة ،،،

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب :

التوقيع :

كود الطالب :

التليفون :

التاريخ :/...../20.....

رسالة البرنامج

اعداد صيادلة مؤهلين بأحدث المفاهيم الصيدلانية والطبية يمكنهم المساهمه 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 الاغذيه بالاضافه الي العمل في مجال الاعلام والتسويق الدوائي والمشاركة بفاعليه في البحث العلمي من خلال مراكز البحوث والجامعات لخدمة المجتمع .