

إقرار

أقر أنا الطالب (ة) / المقيد
بالمستوى / ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة - جامعة
المنصورة لائحة العام الجامعي
...../20..... 20 أنني ألتزم وأتكفل بسداد كافة المصاريف الدراسية الخاصة
بمقرر: وذلك بناء على طلبى بفتح هذا المقرر خلال
الفصل الدراسي (الأول / الثانى / الصيفى).
وهذا إقرار وتعهد منى بذلك

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الشكر والاحترام

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب :

التوقيع :

الرقم القومى :

كود الطالب :

رقم التليفون :

التاريخ :/...../20.....

رسالة البرنامج

اعداد صيادلة 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 والخاصه 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 .