

نموذج (2)
تحويل إلى برنامج الصيدلة الإكلينيكية

السيد الأستاذ الدكتور/ عميد الكلية

تحية طيبة وبعد

مقدمه الطالب: المقيد بالمستوى (.....) ببرنامج
الصيدلة الإكلينيكية بكلية الصيدلة – جامعة بـرجاء التكرم بالموافقة على التحويل إلى
برنامج الصيدلة الإكلينيكية بكلية الصيدلة - جامعة المنصورة وأتعهد بسداد كامل الرسوم الدراسية
والإدارية التي تقوم إدارة الكلية بطلبها دون أدنى اعتراض على قيمة هذه المصروفات الدراسية
والإدارية كما أتعهد بالتزامي بكافة الشروط التي تضعها إدارة الكلية.

وتفضلوا بقبول وافر الشكر والاحترام

○ مرفق بيان الحالة

مقدمه

الاسم :

التوقيع:

تليفون المنزل : المحمول

تحريرا فى : / /

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 والخاصة ومصانع وشركات الادوية ومعامل الرقابة الدوائية وتحليل الاغذية بالاضافة الي العمل في مجال الاعلام والتسويق الدوائي والمشاركة بفاعليه في البحث العلمي من خلال مراكز البحوث والجامعات لخدمة المجتمع .