

نموذج (1)
التحاق برنامج الصيدلة الإكلينيكية

السيدة الأستاذة الدكتور / عميد الكلية

تحية طيبة وبعد...

برجاء التكرم بالموافقة على التحاق نجلي / نجلتى ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية 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 بالتزامى بكافة الشروط التي تضعها إدارة الكلية كما هو وارد في بنود التعاقد .

مع العلم بأن مبلغ رسوم فتح ملف 500 جنيه لا ترد في حالة عدم القبول طبقا لقرار مجلس الجامعة

بتاريخ 2018/ 7 / 30 ولا يعتبر تقدمى بهذا الطلب ضمان لقبول نجلى / نجلتى للدراسه بالبرنامج.

اسم المتقدم : حاصل علي مجموع ثانوية عامة

(.....) درجة ثانوية عامة

وأن مفردات درجات بمادة الاحياء (.....) والكيمياء (.....) واللغة الانجليزية (.....)

وتفضلوا بقبول وافر التحية ...

مقدمه

اسم ولي الامر :

التوقيع:

تليفون المنزل : المحمول

تحريرا فى : / /
يرفق صورة من الرقم القومى

رسالة البرنامج

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

نموذج (1)

التحاق برنامج الصيدلة الإكلينيكية

السيدة الأستاذة الدكتور / عميد الكلية

تحية طيبة وبعد...

برجاء التكرم بالموافقة على التحاق نجلى / نجلتى ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية 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 بالتزامى بكافة الشروط التي تضعها إدارة الكلية كما هو وارد في بنود التعاقد .

مع العلم بأن مبلغ رسوم فتح ملف 500 جنيه لا ترد في حالة عدم القبول طبقا لقرار مجلس الجامعة بتاريخ 2018/ 7 / 30 ولا يعتبر تقدمى بهذا الطلب ضمان لقبول نجلى / نجلتى للدراسه بالبرنامج .

اسم المتقدم : حاصل علي شهادة معادلة من

(دبلومة امريكية – ثانوية انجليزية – دول عربية) (.....) بمجموع

(.....) درجة .

ونفضلوا بقبول وافرا لرحمة ...

مقدمه

اسم ولي الامر :

التوقيع:

تليفون المنزل : المحمول

تحريرا فى : / /

يرفق صورة من الرقم القومى

رسالة البرنامج

اعداد صيادلة مؤهلين بأحدث المفاهيم الصيدلانية والطبىه يمكنهم المساهمه في رفع كفاءة المنظومة العلاجية علي المستوى المحلى والاقليمى من خلال التعامل مع الفريق الصحى 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 العلمى من خلال مراكز البحوث والجامعات لخدمة المجتمع .