

إستمارة

التدريب الصيفي بالمؤسسات الصيدلانية لطلاب برنامج الصيدلة الإكلينيكية

المستوى : عن العام الجامعي: 202 / 202



اسم الطالب :

عنوان السكن أو الإقامة أثناء الصيف:

تليفون الطالب : محمول :

اسم المؤسسة أو الصيدلية التي سيتم التدريب بها:

عنوان المؤسسة أو الصيدلية التي سيتم التدريب بها :

رقم تليفون المؤسسة او الصيدلية :

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

موافقة مدير المؤسسة أو الصيدلية التي سيتدرب بها الطالب :

ختم المؤسسة أو الصيدلية التي سيتدرب بها الطالب:

توقيع الطالب

ختم المؤسسة

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 .