

كلية العلوم الطبية التطبيقية بشقراء
وحدة التدريب الإكلينيكي

نموذج طلب التأجيل

رقم الجوال	التخصص	رقم الهوية	الرقم الجامعي	الاسم
	هل تم تقديم طلب مسبقاً			أسباب طلب التأجيل
الفترة الثالثة	الفترة الثانية		الفترة الأولى	خطة التدريب المعتمدة
اسم المستشفى الحالية		نوع تدريب الفترة	الأولى	الفترة الحالية
		داخلي	الثانية	
		خارجي	الثالثة	
تاريخ الانتهاء	تاريخ البداية	مقرها	الأولى	الفترة المستهدفة
			الثانية	
			الثالثة	
	التوقيع:			تاريخ رفع الطلب

جزء خاص بوحدة التدريب الإكلينيكي

البيانات المدخلة	صحيحة	غير صحيحة	رقم الخطاب
الرد على الطلب	الموافقة	عدم الموافقة	
ملاحظات			
رقم الخطاب		تاريخه	
اسم الموظف/ة		التوقيع	

ملاحظة يعد النموذج تقديم طلب فقط للتأجيل ويجب على الطالب/ة الالتزام بالخطة المعتمدة حتى تتم الموافقة