

كلية العلوم الطبية التطبيقية بشقراء
وحدة التدريب الإكلينيكي

نموذج طلب التحويل

رقم الجوال	التخصص	رقم الهوية	الرقم الجامعي	الاسم
هل تم تقديم طلب مسبقاً				أسباب طلب التحويل
الفترة الثالثة	الفترة الثانية	الفترة الأولى		خطة التدريب المعتمدة
اسم المستشفى الحالية	اسم المستشفى الحالية	نوع تدريب الفترة	الأولى	الفترة الحالية
		داخلي	الثانية	
		خارجي	الثالثة	
اسم المدينة	اسم المستشفى	الأولى	الثانية	الفترة المستهدفة
		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 للتحويل ويجب على الطالب/ة الالتزام بالخطة المعتمدة حتى تتم الموافقة