  

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **الإسم** | **الرقم الجامعي** | **إسم المقرر** | **رمز المقرر** | **عدد ساعات المقرر** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** | **رقم الشعبة** |  | **عدد الساعات المسجلة** |  |
| **3** | **التخصص** | **طب وجراحة** | **الكلية** | **الطب بشقراء** |
| **4** | **رقم الجوال** |  | **سبب الأعتذار** |  |
| **5** | **التوقيع** |  | **التاريخ** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المرشد الأكاديمي:** | **د/ نياز علي سيف الرحمن**  | **التوقيع:** |  | **التاريخ:** |  |
| **رئيــس القســـــم:** | **أد. محمد عاطف** | **التوقيع:** |  | **التاريخ:** |  |
| **شــؤون الطــلاب:** | **أد. بهاء الدين حسن** | **التوقيع:** |  | **التاريخ:** |  |

**قرار الكلية:­­**

 **نوافق لا نوافق**

|  |  |
| --- | --- |
| **الختم** | **عميد الكلية** |
| **الأسم:** | **د. فراس بن منصور المرشد** |
| **التوقيع:** |  |
| **التاريخ** |  **/ / 144 هـ** |

**إعتماد القرار من عمادة القبول والتسجيل:**

 **يعتمد لا يعتمد**

|  |  |
| --- | --- |
| **الختم** |  **عميد القبول والتسجيل** |
|  | **د. سعد بن محمد الجبيرين** |
| **التوقيع:** |  |
| **التاريخ** |  **/ / 144 هـ** |

 \***يحق للطالبـ/ـــة الإعتذار عن 4 مقررات طول فترة دراسة الجامعية وألا يقل عن (24) ساعة للسنة الدراسية.**

|  |  |
| --- | --- |
| **للتواصل: عمادة القبوا والتسجيل بشقراء - هاتف: 6475221 / 011 - أو فرع (الدوادمي – القويعة – عفيف – حريملاء المزاحمية) ايميل** | **dar@su.edu.sa** |