

نموذج (٦) طلب تغيير/ إكمال مرحلة الامتياز بالمرفق الصحي

الرجاء تعبئة كامل البيانات المطلوبة في النموذج أدناه بكل دقة وخط واضح وارساله الى ايميل وحدة التدريب بالكلية: training.cams.tu@gmail.com مع ملاحظة اضافة اسم الطالب/الطالبة ، الرقم الجامعي ، التخصص في خانة موضوع الايميل.

تاريخ تقديم الطلب		اليوم:	الموافق	نوع الطلب	() تغيير مستشفى بمستشفى	() إكمال
الاسم				التخصص	الرقم الجامعي	
العنوان				رقم الجوال	رقم جوال ولي الامر	
بريد الالكتروني				التوقيع		
<p>سعادة وكيل الكلية للشؤون السريرية المحترم السلام عليكم ورحمة الله وبركاته أود ان أفيدكم بأنني أتدرب حالياً بمستشفى بمنطقة/محافظة وارغب في () تغيير/ () إكمال فترة الامتياز من .. /... /... ١٤... هـ إلى ... /... /... ١٤... هـ. بمستشفى بمنطقة/محافظة □ للأسباب التالية</p>						
<p>الاسم: التوقيع: التاريخ: /..... /..... ١٤... هـ</p>						

تعباً من قبل طالب / طالبة الامتياز

<input type="checkbox"/> الموافقة <input type="checkbox"/> عدم الموافقة		وكالة الكلية للشؤون السريرية
<p>منسق القسم : وكيل الكلية للشؤون السريرية: الاسم: التوقيع: التاريخ: /..... /..... ١٤... هـ</p>		
<input type="checkbox"/> الموافقة <input type="checkbox"/> عدم الموافقة		وحدة التدريب بالمستشفى الحالي
<p>اسم المستشفى: الاسم: التوقيع: التاريخ: /..... /..... ١٤... هـ</p>		
<input type="checkbox"/> الموافقة <input type="checkbox"/> عدم الموافقة		وحدة التدريب بالمستشفى السابق
<p>اسم المستشفى: الاسم: التوقيع: التاريخ: /..... /..... ١٤... هـ</p>		

ملاحظات هامة:

- بعد اكمال المطلوب من وحدة التدريب سيعاد الطلب الى ايميل الطالب/ الطالبة ليقوم بإكماله من المستشفى ومن ثم إرسال صورة مناهي ايميل وحدة التدريب لاعتماده.
- للاطلاع على لائحة الامتياز يُرجى الدخول على صفحة جامعة الطائف-كلية العلوم الطبية التطبيقية-القائمة الرئيسية-النماذج-لائحة سنة الامتياز.