

طلب تبادل دورة لأطباء الامتياز

Request for Exchange of interns' Rotation

الرجاء الموافقة على تبادل الدورة التالية :

يُعبأ من قبل طبيب الامتياز	الاسم : الرقم الجامعي : الجوال : الدورة : مكان التدريب : التاريخ من / / الى : / / التوقيع : التاريخ :
	الاسم : الرقم الجامعي : الجوال : الدورة : مكان التدريب : التاريخ من / / الى : / / التوقيع : التاريخ :

مدير ادارة التدريب بالكلية	القرار النهائي (Final Decision) موافق/ Accept () غير موافق Not accept ()
	ملاحظات : الاسم : التاريخ / / 20م التوقيع : التاريخ / / 20م
قسم التدريب في الكلية	يجب تبليغ المستشفيات المعنية خطياً من قبل قسم التدريب بالكلية. تم تبليغ المستشفيات () تاريخ / / 20 م ارفاق صورة من خطاب التبليغ.
	الاسم : التاريخ / / 20م التوقيع : التاريخ / / 20م

