

نموذج (1) استخدام جهاز
Form (1) Instrument Use Application

رقم الطلب		التاريخ	
			* الاسم الرباعي عربي
* Full Name			
* الجامعة * University	* الكلية Faculty	* الدرجة العلمية Degree	
* رقم الجوال Mobile No.		* التخصص Specialization	
		* البريد الالكتروني E-mail	
* تاريخ مدة العمل * Date of work		* اسم الجهاز المراد استخدامه * Device needed to be used	
* الى * To	* من * From		
			1
			2
			3
			4
			5
عضو لجنة ريادة الاعمال:		سعادة رئيس وحدة العلوم العصبية نفيديكم <input type="radio"/> بالموافقة (مع الالتزام بالضوابط المالية والفنية)	
الاسم:		<input type="radio"/> بعدم الموافقة وذلك للأسباب التالية:	
التوقيع:			
رئيس وحدة العلوم العصبية		رئيس لجنة ريادة الأعمال	
د. هيثم أسامة طيب		الاسم:	
التوقيع:		التوقيع:	

* جميع الحقول مطلوب تعبئتها