

نموذج (2) طلب تدريب

Form (2) Training Request

	رقم الطلب	التاريخ	
			* الاسم الرباعي عربي
* Full Name			
	* الجامعة * University	* الكلية Faculty	* الدرجة العلمية Degree
	* رقم الجوال Mobile No.		* التخصص Specialization
			* البريد الإلكتروني E-mail
فترة التدريب		* اسم الجهاز المطلوب التدريب عليه	
* الى تاريخ (To)	* من تاريخ (From)	* Device for which training is required	
			1
			2
			3
			4
			5
أقر أنا الموقع أدناه بأن المعلومات المدونة أعلاه صحيحة و أتعهد بالالتزام بالمواعيد المحددة للتدريب واللوائح التنظيمية لوحدة أبحاث العلوم العصبية، واستخدام الأجهزة تحت إشراف مسؤول الوحدة و أعلن مسؤوليتي عن أي تلف ناتج من سوء الاستخدام والتكفل بإصلاحه.			
			* الاسم
			* التوقيع
عضو لجنة ريادة الأعمال:		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	
الاسم:		الاسم:	
د. هيثم أسامة طيب			
التوقيع:		التوقيع:	

\* جميع الحقول مطلوب تعبئتها