



**وزارة التعليم**

**جامعة الملك عبدالعزيز**

**كلية الطب**

**طلب تدريب خارج جامعة الملك عبد العزيز**

**سعادة مدير مستشفى/ المركز الموقر**

**السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ويعد:**

**نامل من سعادتكم الموافقة على تدريب الطالبـ/ ـة الموضحـــ/ ـة بياناته / ها أدناه بمستشفاكم العامر وذلك لغرض اكتساب الخبرة العلمية والعملية.**

**شاكرين لكم دوما كريم تعاونكم وتجاوبكم. وتقبلوا خالص تحياتنا ،،،**

**معلومات الطالب / الطالبة:**

**الاسم: الرقم الجامعي:**

**الفترة من: / / الى / / السنة الدراسية:**

**البريد الإلكتروني: الجوال:**

**لا يتـــعارض هذا التدريب مع جدولي الدراسي. توقيع الطالبـ/ ـة:**

**الاعتماد:**

**رئيس الجهة: وكيل الكلية للشؤون التعليمية الاسـم: أ.د. سمير بن عيضة الحارثي**

**التاريخ: ....................... التوقيع: ...........................**

**الختم**

**+**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **البريد الالكتروني:** | med.vd.ca@kau.edu.sa | Email: |