



نموذج (ب) التصوير باستخدام المايكروسكوب الفلورسنتي
Form (B) Fluorescence Microscopy -Nikon

رقم الطلب	التاريخ
* الاسم الرباعي عربي	
* Full Name	
* الجامعة University	* الكلية Faculty
* رقم الجوال Mobile No.	* الدرجة العلمية Degree
	* التخصص Specialization
	* البريد الإلكتروني E-mail
	* عنوان البحث باللغة العربية
* Title of the research	
ملاحظات Notes	* عدد الشرائح Number of slides
	* اسم الشريحة النسيجية Name of slide
	م
	١
	٢
	٣
	٤
	٥
سعادة رئيس وحدة أبحاث العلوم العصبية نفيد سعادتكم بالموافقة (مع الالتزام بالضوابط المالية والفنية) بعدم الموافقة وذلك للأسباب التالية:	
التاريخ:	التوقيع:
	مسؤول اللجنة العلمية بالوحدة:
	الاسم:
رئيس وحدة أبحاث العلوم العصبية:	
	د. هيثم بن أسامة طيب
التاريخ:	التوقيع:

* جميع الحقول مطلوب تعبئتها

- الرسوم: ٥٠ ريال لكل عينة مع صبغاتها

- يسلم نموذج الطلب إلى أ.أبرار بادويلان (كلية الطب، مبنى ١٠، الدور ٢، مكتب ١٠٧٨، ٠٥٠٠٣٢١٦٥٠)