**إفادة تدريب للطالب/ــة " فترة الإمتياز"**

|  |  |
| --- | --- |
| الأسم  |  |
| الرقم الجامعي  |  |
| رقم الهوية  |  |
| التخصص |  |
| المعدل |  |
| رقم الجوال |  |

**تفيد كلية العلوم الطبية التطبيقية بأن الطالب/ــة الموضحة بياناته أعلاه، هو طالب متدرب
في فترة الإمتياز خلال الفترة من : / / 144هـ. وحتى: / / 144هـ.**

**جهة التدريب: .................................................**

**للاستفسار نأمل الاتصال على وكيلة كلية العلوم الطبية التطبيقية بالكلية هاتف
رقم (0164042790) أو على هاتف رقم(0164042807)أو البريد الإلكتروني cams.femalesection@mu.edu.sa))، شاكرين لكم تعاونكم المستمر.**

**وتـقبلـوا خالـص التحية والتقديـر**

 **وكيلة كلية العلوم الطبية التطبيقية**

 **د. سحر محمد الدوسري**