

بيانات خريج			
الاسم الرباعي	رقم الهوية		
عنوان ومقر السكن	الرقم الجامعي		
التخصص	المعدل		
هل انت مبتعث	بلد الإبتعاث	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>	
الجوال	البريد الالكتروني الخاص		
شخص قريب يمكن الإتصال به			
الاسم الرباعي	الجوال		
سنة الإمتياز			
مكان التدريب	المدة		
			1
			2
			3
هل أنت موظف في حال الإجابة بنعم أكمل البيانات التالية <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا			
أسم جهة الوظيفة	قطاع حكومي <input type="radio"/> قطاع خاص <input type="radio"/>		
مسمى الوظيفة	نوع العقد ومدته	تاريخ المباشرة	
الاسم/	التوقيع/		
القسم الأكاديمي	نفيدكم بأن الطالب/هـ:.....		
	قد أنهى فترة التدريب الإكلينيكي في قسم .....		
	لمدة (سنة) بداية من تاريخ / / هـ إلى نهاية تاريخ / / هـ وأنهى جميع متطلبات التخرج. نفيدكم بأن لا مانع من تسليمه شهادة الامتياز.		
	رئيس القسم د/	التوقيع	

(إخلاء طرف متدرب)

وحدة التسجيل و الجداول		
التاريخ	التوقيع	الأسم
وحدة طلاب الأمتياز		
التاريخ	التوقيع	الأسم

Kingdom of Saudi Arabia  
Ministry of Education  
Majmaah University  
College of nursing in Hotat Sudair  
Vice-Deanship of Training & Clinical Affairs



المملكة العربية السعودية  
وزارة التعليم  
جامعة المجمعة  
كلية التمريض بحوطة سدير  
وكالة التدريب والشؤون السريرية