المقترحات والشكاوى الموجهة لوكالة التدريب والشؤون السريرية

الاسم:.....الرقم الجامعي:.....
القسم: .....
مكان التدريب: ..... الفترة:.....
تاريخ المباشرة: .....
التاريخ المتوقع لانتهاء التدريب: .....
الجوال: .....
البريد الالكتروني: .....

وصف الحالة:

(.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....)

رد و توجيه وكالة الكلية للتدريب والشؤون السريرية:

(.....
.....)
الإسم:.....التوقيع:.....التاريخ:.....