

INTERNSHIP PROGRAM

Freezing Application

نموذج طلب تجميد/تأجيل

رقم ()

الاسم :	Intern's Name:
الرقم الجامعي :	Intern's ID:
المجموعة () (الدفعة ())	Batch () Group()
قسم التدريب الحالي :	Present area Orientation:
تاريخ و يوم طلب التجميد:	Day /Date of Freezing Request:
سبب طلب التجميد:	Reason for Freezing:
يبدأ في تاريخ:	From Date:
ينتهي في تاريخ:	To Date:
موافقة و توقيع ولي الأمر:	Guardian's approval & Signature:
ملاحظة و توقيع المتدربة:	Intern Remarks & Signature:
موافقة عميد الكلية:	Approval of the Faculty's Dean:
موافقة وحدة التدريب الإكلينيكي بالكلية:	Approval of Faculty's Training Unit:
موافقة مشرف لجنة الأمتياز بالقسم:	Approval of the Internship Supervisor:

الرجاء ارفاق نسخة من الموافقة علي التأجيل علي نظام بانر

يرفق نسخة مع التحية/

- وحدة التدريب الإكلينيكي بالكلية

- مشرف لجنة الأمتياز بالقسم

- ملف الطالب/ة

- جهة التدريب

