

King Abdulaziz University
Faculty of Applied Medical Sciences
Office for Clinical Affairs



جامعة الملك عبدالعزيز
كلية العلوم الطبية التطبيقية
وكالة الشؤون السريرية

Department of Clinical Nutrition	إستمارة تسجيل لسنة الإمتياز Internship Year Application Form	قسم التغذية الإكلينيكية
-------------------------------------	---	----------------------------

Intern's information	بيانات الطالبة
Full name:	الإسم الرباعي :
Computer No:	الرقم الجامعي :
Place of birth:	مكان الميلاد :
Date of birth:	تاريخ الميلاد :
Nationality: <input type="radio"/> Saudi <input type="radio"/> Non-Saudi <input type="radio"/> Saudi mother	الجنسية : <input type="radio"/> سعودية <input type="radio"/> غير سعودية <input type="radio"/> أم سعودية
ID number:	رقم الهوية :
Date and place:	تاريخ ومكان الإصدار :
Home address:	عنوان السكن :
Phone number:	رقم الهاتف :
Mobile number:	رقم الجوال :
E-mail:	البريد الإلكتروني :
For Employees and scholars only	
خاص فقط بالمتبعين والموظفات	
<input type="radio"/> Employer <input type="radio"/> Scholar	Affiliation: <input type="radio"/> جهة : <input type="radio"/> مبتعثة <input type="radio"/> موظفة

Choice of HOSPITALS			
PERIOD	T1	T2	T3
HOSPITAL			
	OR	OR	OR
The training plan consists of 3 equal time periods.			
Intern's signature:	توقيع الطالبة :		
Guardian's approval:	موافقة ولي الأمر :		

FOR FACULTY USE	
FACULTY INTERNSHIP COORDINATOR	VICE DEAN FOR CLINICAL AFFAIRS