

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



جامعة الملك عبدالعزيز
كلية العلوم التطبيقية
ووكالة الشؤون السريرية

Department of Diagnostic Radiology	إستمارة تسجيل لسنة الإمتياز Internship Year Application Form	قسم الأشعة التشخيصية
---------------------------------------	---	----------------------

Intern's information	بيانات الطالب / ة
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"/> سعودي <input type="radio"/> غير سعودي <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 بالمبتعثين والموظفين	
<input type="radio"/> Employer <input type="radio"/> Scholar	Affiliation: <input type="radio"/> موظف <input type="radio"/> مبتعث : الجهة :

Choice of HOSPITALS		
PERIOD	R1	R2
HOSPITAL		
	OR	OR
The training plan consists of 2 equal time periods.		
Intern's signature:	توقيع الطالب / ة :	
(Female interns) Guardian's approval:	(للطالبات) موافقة ولي الأمر :	

FOR FACULTY USE	
FACULTY INTERNSHIP COORDINATOR	VICE DEAN FOR CLINICAL AFFAIRS