

استمارة معلومات طلاب سنة الامتياز

Internship Application Form

القسم:	<input type="checkbox"/> تقنية المختبرات الطبية	<input type="checkbox"/> التغذية العلاجية	<input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي	<input type="checkbox"/> الأشعة التشخيصية	<input type="checkbox"/> التمريض
--------	---	---	---	---	----------------------------------

Personal Information	
Name:	الاسم:
Place of Birth:	مكان الميلاد:
Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
ID No.:	رقم السجل المدني:
Date & Place:	تاريخ و مكان الإصدار:
Computer No.:	الرقم الجامعي:
Address:	عنوان السكن:
Tel. No.:	رقم الهاتف:
Mobile No.:	رقم الجوال:
e-mail:	البريد الإلكتروني:

Training Information	
Only, Medical Technology Interns:(specialities)	المستشفيات المفضلة : Preferred Hospitals:
Major: a) b) c)	1- 1- 2- 2- 3- 3- 4- 4- 5- 5-
Minor1: a) b) c)	Minor2: a) b) c)
Intern signature:	توقيع الطالب:

For Faculty Use	
signature:	التوقيع : Name: الاسم : منسق سنة الامتياز بالقسم Internship Coordinator
وكيل الكلية للشؤون الإكلينيكية Vice Dean of Clinical Affairs د.محمد بن حسن صائم الدهر Dr. Mohammed H. Saiem aldahr	

*الأوراق المطلوبة من الطلبة و الطالبات السعوديين: (1) صورة من بطاقة الأحوال (2) صورة من جواز السفر (3) ورقة تحويل الراتب الموضح بها رقم الحساب في أي بنك ماعدا بنك الإنماء

*الأوراق المطلوبة من الطلبة و الطالبات من أب غير سعودي و أم سعودية: (1) صورة من شهادة الميلاد (2) صورة من الإقامة (3) صورة من جواز السفر (4) صورة من بطاقة أحوال الأم (5) ورقة تحويل الراتب الموضح بها رقم الحساب في أي بنك ماعدا بنك الإنماء