

## استمارة معلومات طالبات سنة الامتياز

### Internship Application Form

القسم:	□ تقنية المختبرات الطبية	□ التغذية العلاجية	□ العلاج الطبيعي	□ الأشعة التشخيصية	□ 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 الطالبة:
The man in charge approval:	توقيع ولي الأمر بالموافقة:

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