

استمارة استلام شهادة الإمتياز

اسم الطبيب : _____
تاريخ الميلاد: _____ مكان الميلاد: _____
رقم الهوية الوطنية: _____
تاريخها: _____ مكان الإصدار: _____
تاريخ التخرج: _____ الجامعة: _____
التقدير: _____ المعدل التراكمي: _____
العنوان الحالي: _____
رقم التليفون: _____
فترة سنة الامتياز من: _____ إلى: _____

المستشفيات والمراكز التي تدرب فيها الطبيب

الرقم	اسم المستشفى او المركز	الفترة

ملاحظات: _____

التوقيع على استلام شهادة الإمتياز: _____

تاريخ الإستلام : _____

المشرف على سنة الإمتياز: _____

التوقيع : _____ التاريخ: _____

بسم الله الرحمن الرحيم

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Ministry Of Higher Education

Najran University

Faculty of Medicine



المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم العالي

جامعة نجران

كلية طب الأسنان