

موافقة ولي أمر الطالبة على التدريب العملي

اسم الطالبة : .....

الكلية: .....

رقم الجوال : .....

البريد الالكتروني : .....

الموقرة

سعادة وكيالة كلية العلوم الطبية التطبيقية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،

لا مانع لدينا من خروج الطالبة الموضحة بياناتها أعلاه بحافلات الجامعة للتدريب العملي والزيارات المتعلقة بالمقرارات الدراسية المتطلبة لإتمام درجة البكالوريوس في كلية العلوم الطبية التطبيقية حتى تاريخ تخرجها .

ولي أمر الطالبة

الاسم : .....

التوقيع : .....

أتعهد أنا الموقرة أدناه بالالتزام بكافة شروط التدريب الموضحة في قواعد واجراءات التدريب العملي

التاريخ :

التوقيع :

الاسم :