

## إستمارة التدريب الميدانى الأولى (الصيفي)

### بالمؤسسات الصيدلية لطلاب برنامج الصيدلة الإكلينيكية

المستوى : ..... عن العام الجامعي: 202 / 202



اسم الطالب : .....

عنوان السكن أو الإقامة أثناء الصيف: .....

تليفون الطالب : ..... محمول : .....

اسم المؤسسة أو الصيدلية التي سيتم التدريب بها: .....

عنوان المؤسسة أو الصيدلية التي سيتم التدريب بها : .....

رقم تليفون المؤسسة او الصيدلية : .....

مساء		صباحا		ساعات التدريب اليومي	فترة التدريب
إلى	من	إلى	من		
					يوليو
					أغسطس
					سبتمبر

موافقة مدير المؤسسة أو الصيدلية التي سيتدرب بها الطالب : .....

ختم المؤسسة أو الصيدلية التي سيتدرب بها الطالب: .....

توقيع الطالب

ختم المؤسسة