

نموذج (٢) طلب تجميد (تأجيل)

				الاسم
	المجموعة		الدفعة	الرقم الجامعي
				سبب طلب التجميد
				مدة التأجيل:
20م	/	/	الموافق: 14هـ	تبدأ في تاريخ
20م	/	/	الموافق: 14هـ	تنتهي في تاريخ
				موافقة وتوقيع ولي الامر:
				ملاحظة وتوقيع المتدربة:
وحدة شؤون التدريب السريري والامتياز بالكلية Clinical Training and Internship Unit				
(تمت المراجعة - مستوفي الشروط)				
موافقة عميد كلية العلوم الطبية التطبيقية				
☐ موافق ☐ غير موافق، وذلك لأسباب التالية:				
الاسم:				
التوقيع				

ملحوظة :

- سيتم احتساب مدة التدريب وأعادتها في نهاية فترة التدريب.
- لا ينظر إلى طلب تأجيل يقدم قبل مدة شهر على الأقل من تاريخ طلب التأجيل.
- يتم إبلاغ لجنة التدريب في حالة تأكيد العودة أو الرغبة في استمرار التأجيل.