نموذج (٤) طلب المكافأة المالية للطالب/ للطالبة " فترة الامتياز"

الاسم باللغة العربية	الاسم	الأب	الجد	العائلة
الكلية				
التخصص				
الرقم الجامعي				
نوع التدريب	التدريب المكثف الامتياز			
تاريخ البداية	/ / 20م	مدة التدريب	52 أسبوع	

مكان الميلاد	الدولة		المدينة							
العنوان										
الجنسية			تاريخ الميلاد							
السجل المدني										
الجوال										
البريد الالكتروني										

حساب البنك:

اسم البنك																							الرمز				
رقم الابيان																									A	S

أقر أنا المتدرب:..... بصحة البيانات المسجلة اعلاه

التوقيع:..... التاريخ: .....

وحدة شؤون التدريب السريري والامتياز بالكلية Clinical Training and Internship Unit
تمت المراجعة و استكمال الطلب نظاميا