المملكة العربية السعوديةKingdom of Saudi Arabia

 وزارة التعليمMinistry of Education

جامعة الحدود الشماليةNorthern Border University

 كلية الطبCollege of Medicine وحدة الامتياز Internship Unit

  **نموذج طلب الإعتذارعن / تأجيل دورة تدريبية**

|  |
| --- |
| **تاريخ تقديم الطلب : يوم** .................................... **التاريخ: / / 14هـ الموافق : / / 20م** |
| **تعبأ من قبل ( طبيب/ طبيبة الأمتياز )** | **الإسم :** |  | **الرقم الجامعي :**  |  |
| **رقم الجوال:** |  | **السجل المدني :**  |  |
| **البريد الإلكتروني:** |   |
| **فترة الإمتياز :** |  **إبتداء من: / / 14هـ إلى : / / 14هـ****الموافق من: / / 20م إلى : / / 20م** |
| ا**لدورة المراد الاعتذار عنها / تأجيلها :** |
| **نوع الدورة: ۝ اختيارية ۝ رئيسية**  |
| **في القــــسم :**  |  | **الوحدة/ التخصص:** |  |
|  **الفـــترة:** | **التاريخ من : / / 14هـ إلى: / / 14هـ****الموافق من : / / 20م إلى: / / 20م** |
| **مكـــان التدريب:**  | ................................................................................................................ |
| **أرغب بالإعتذار عن/ تأجيل الدورة الموضحة تفاصيلها بعالية للأسباب التالية :** ( ...................................................................................................................................................(...................................................................................................................................................) **إقـــــــــرار :*** **جميع البيانات والمعلومات المذكوره صحيحه .**
* **يجب أن أتقدم بطلب الإعتذار عن /تأجيل الدورة قبل شهرين من بداية الدورة إلا في الحالات الطارئه .**
* **لا يعتبر هذا النموذج سارياً ما لم يتم إكمال جميع التوقيعات من أصحاب الصلاحية.**
* **يجب أن اتأكد من الموافقه النهائيه قبل فتره كافية من بداية الدوره التدريبيه .**

**الإســم:** ..................................................... **التوقيع :** .................................**التاريخ:** ........../.........../.......14هـ |

|  |  |
| --- | --- |
| **اعتمــاد القسم** |  **سعادة مدير الشؤون الأكاديميه والتدريب الموقر** **السلام عليكم ورحمة الله وبركاته, وبعد :** **بعد الإطلاع على رغبة الطالبــ /ــة فيما ذكر أعلاه نود أن نفيد سعادتكم بـ :****۝الموافقة على الطلب .****۝عدم الموافقة .****اسم رئيس القسم :** ...............................**التوقيع**:..........................**الختم :**.............**التاريخ**:....../........./.........**14هـ** |
| **الشؤون الأكاديميه والتدريب**  | **سعادة رئيس مكتب أطباء الأمتياز , بعد التحيه :** **۝ مع الموافقة على الإلغاء** **۝ عدم الموافقة****الإسم :**.............................................**التوقيع**:..........................**الختم:**.............**التاريخ:** ....../........../........**14هـ** |
| **وحدة الإمتياز** |  **۝ مع الموافقة ۝ عدم الموافقة****الإسم:** ............................................ **التوقيع :**........................**الختم :**............ **التاريخ :.**......./........./......**14هـ** |

(مكتب الإمتيــــاز) MI@nbu.edu.sa :Email هاتف /0146614890/0146614886