نموذج التدريب الصيدلاني

التاريخ: **........................**

السادة المؤسسة الصيدلانية: ..........................................................................................

 **تحية طيبة وبعد،**

أرجو العلم بأن الطالب/ة: ............................................ الرقم الجامعي..................................

رقم الهاتف ............................ يرغب في التدريب في مؤسستكم الصيدلانية وعليه يرجى التكرم بالسماح له بالتدريب. ولكم منا جزيل الشكر والتقدير.

|  |
| --- |
| **معلومات تعبأ من قبل المؤسسة الصيدلانية**  |

تشهد المؤسسة الصيدلانية: .............................عنوانها....................................................

ورقم هاتفها الأرضي/الخلوي......................... وعطلة المؤسسة الصيدلانية يوم ....................... بتدريب

الطالب/ة .......................................... تحت إشراف الصيدلاني المحترم ..............................

وذلك ابتداء من .................................... ولغاية .......................................................

بواقع ساعات التدريب اليومية من الساعة ....................................إلى ..................................

بما مجموعه ( ) ساعات يومياً.

توقيع الصيدلاني المسؤول والختم على بداية التدريب: .............................................................

توقيع الصيدلاني المسؤول والختم في نهاية التدريب: ..............................................................

|  |
| --- |
| **معلومات تعبأ من قبل عمادة الكلية**  |

عضو لجنة التدريب الميداني (المسؤول المباشر عن التدريب): ........................ التوقيع: ..................

رئيس لجنة التدريب الميداني: ............................................ التوقيع: ..............................

عميد كلية الصيدلة: ..................................................... التوقيع: ..............................