

صورة حديثة للخريج

البرنامج العادي / Clinical

إستمارة بيانات

- الرقم القومي (١٤ رقم) يكتب من اليسار إلى اليمين (ترفق صورة وجهين)

١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤
الرقم الرقابي	رقم البطاقة			كود المحافظة			تاريخ الميلاد			القرن			

- تاريخ الالتحاق بالكلية: / / (يوم / شهر / سنة)
- العام الاكاديمي للتخرج (تاريخ الحصول على بكالوريوس العلوم الصيدلانية): (سنة)
- اسم الخريج "باللغة العربية"

اسم الخريج: اسم الاب: اسم الجد: اللقب:

- اسم الخريج "باللغة الانجليزية"

Graduate's name: Father's name:

Grandfather's name: Surname:

النوع: ذكر أنثى الديانة: الجنسية:

- تاريخ الميلاد: / / محل الميلاد: الحالة الإجتماعية:
- محل الإقامة رقم المنزل: اسم الشارع: القسم/المركز/الحي: المحافظة:

تليفون المنزل: المحمول: البريد الإلكتروني:

- ما هو مجال العمل الذي تود أن تعمل فيه بمهنة الصيدلة؟

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> مندوب دعاية | <input type="checkbox"/> مراكز بحوث |
| <input type="checkbox"/> شركة أدوية | <input type="checkbox"/> تأمين صحي |
| <input type="checkbox"/> مستشفيات | <input type="checkbox"/> مجالات أخرى |

.....
.....