

رقم الطلب



جامعة طنطا - كلية الصيدلة
برنامج الصيدلة الإكلينيكية



طلب إلتحاق بالبرنامج

اسم الطالب ولقبه :-
الجنسية :-
الديانة :-
تاريخ الميلاد:-
محل الميلاد:-
رقم بطاقة الرقم القومي :-
جهة الإصدار :-
تاريخ الإصدار:-
محل الإقامة تفصيلاً :-
الشعبة التي تخرج منها :-
رقم الجلوس :-
مجموع الدرجات :-

برجاء التكرم بالموافقة على قبول قيدي للدراسة ببرنامج بكالوريوس الصيدلة (الصيدلة الإكلينيكية) بنظام الساعات المعتمدة إعتباراً من العام الجامعي _____ / _____ على أن ألتزم بسداد كافة الرسوم و المصروفات المقررة و ذلك طوال مدة دراستي بالكلية.

توقيع الطالب

توقيع ولي الأمر

مرفق طيه :-

- بطاقة الترشيح للعام الدراسي ٢٠ / ٢٠ .
- صورة ضوئية من شهادة (الثانوية العامة / الانجليزية/ دبلومة أمريكية) للعام الدراسي ٢٠ / ٢٠ .
- صورة ضوئية من شهادة الميلاد .