جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا
كلية العلوم الصيدلية والتصنيع الدوائى

مكتب وكيل الكليه لشئون الطلاب والتعليم
لجنة التدريب الميداني

استمارة التدريب الميداني بالمؤسسات الصيدلية (الموافقة و البيانات)

اسم الطالب: .....

الرقم الجامعي للطالب: .....

العام الجامعي: .....

رقم تليفون الطالب: .....

البريد الالكترونى: .....

اسم الجهة التي سيتدرب بها الطالب: .....

عنوان جهة التدريب: .....

رقم تليفون جهة التدريب: .....

إسم المشرف الأكاديمي: .....

فترة التدريب (الشهر)	عدد ساعات التدريب اليومي	أيام التدريب	الفترة الصباحية		الفترة المسائية	
			من	إلى	من	إلى
	إجمالى عدد ساعات التدريب					

**أقرأنا الطالب المذكور بأن البيانات عاليه صحيحة و إن ثبت غير ذلك فسوف يلغى برنامجى التدريبي و أقوم بإعادته مرة أخرى

توقيع الطالب

موافقة مدير جهة التدريب علي تدريب الطالب **ختم جهة التدريب**