

## طلب الموافقة على التدريب في الصيدليات الاهلية

### 1- البيانات الشخصية

- اسم الطالب: .....
- ID: .....
- المستوى: .....
- رقم التليفون المحمول: .....
- اسم المرشد الاكاديمي: .....

### 2- البيانات الخاصة بالصيدلية

- اسم الصيدلية: .....
- العنوان : .....
- رقم التليفون: .....
- صاحب الصيدلية: .....
- المدير المسئول: .....
- اوقات العمل الرسمية للصيدلية: .....
- الفترة التي يتواجد فيها الطالب: من ..... الى ..... طول ايام الاسبوع

وكيل الكلية لشئون التعليم و الطلاب

المرشد الاكاديمي

التوقيع: .....

التوقيع: .....