

## نموذج مباشرة اخصائي/ة امتياز

سعادة الدكتور/ وكيل كلية العلوم الطبية التطبيقية لشؤون التعليم الإكلينيكي و العيادات المحترم  
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته :

نفيدكم بأن الطالب/ة : .....

الرقم الجامعي: .....

قد باشرت التدريب في .....

وذلك بتاريخ : / / م الموافق: / / هـ

شاكرين لكم حسن تعاونكم ...

مشرف التدريب

الختم:

.....: الاسم

.....: التوقيع