**إفادة تدريب للطالبـ/ــة " فترة الامتياز"**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاســــــــــــــــــــم** | **الرقم الجامعي** | **التخصص** | **رقم الهوية** | **رقم الجوال** |
|  |  |  |  |  |

 **تفيد كلية التمريض بأن الطالبـ/ــة الموضحة بياناته/ـا أعلاه**

**هو طالبـ/ـة متدرب في فترة الامتياز خلال الفترة من ...../......./........هــ إلى ....../......./.........هــ**

**مكان التدريب:.................................................**

**للاستفسار نأمل الاتصال على وحدة التدريب بالكلية هاتف (0173295000) تحويلة 3241 أو البريد الإلكتروني بشطر الطالبات** **tunurs@jazanu.edu.sa)****) أو البريد الإلكتروني بشطر الطلاب (train-nursingm@jazanu.edu.sa)، شاكرين لكم تعاونكم المستمر.**

**وتـقبلـوا خالـص التحية والتقديـر**

**عميد كلية التمريض**

**أ.د. محمد بن يحيى عريشي**