



جامعة بنها كلية الطب

طلب تسجيل لدرجة الدكتوراه

السيد الأستاذ الدكتور رئيس قسم / بعد التحية أرجو من سيادتكم الموافقة على تسجيلي لدرجة الدكتوراه في دور أكتوبر وبياناتي كالأتي:- تاريخ الميلاد: محل الميلاد محل الميلاد الديانية: الجنس الوظيفة الحالية: جهة العمل عنوان المنزل: تليفون عنوان المنزل: تليفون المرشحين) الدرجات العلمية الحاصل عليها:- الدرجة جهة التخرج دور التخرج التقدير العام تقدير مادة التخص						
ارجو من سيادتكم الموافقة على تسجيلى لدرجة الدكتوراه فى دور أكتوبر وبياناتى كالأتى:- الاسم: إسم الوالد محل الميلاد محل الميلاد الديانـة: الجنس عنوان المنزل: تليف ون عنوان المنزل: تليف ون المشحين) الدرجات العلمية الحاصل عليها:-				ئِيس قسم /	الأستاذ الدكتور ر	السيد
وبياناتى كالأتى: – الاسم: إسم الوالد محل الميلاد: محل الميلاد الديانـة: الجنس الوظيفة الحالية: جهة العمل عنوان المنزل: تليفون تليفون المنزل: المرشحين) الدرجات العلمية الحاصل عليها: –				بعد التحية		
الاسم:	دور أكتوبر		ة الدكتوراه في	قة على تسجيلي لدرج	من سيادتكم المواف	أرجو
تاريخ الميلاد:					تى كالأتى:-	وبيانا
الديانــة:			سم الوالد	ļ	م:م	الاسـ
الوظيفة الحالية:		•••••	محل الميلاد		الميلاد:	تاريخ
عنوان المنزل: جهة الترشيح (للأطباء المرشحين) الدرجات العلمية الحاصل عليها:-			الجنس		ـة:	الديان
جهة الترشيح (للأطباء المرشحين) الدرجات العلمية الحاصل عليها:-	•••••		جهة العمل		فة الحالية:	الوظي
الدرجات العلمية الحاصل عليها:-			تليفون		، المنزل:	عنواز
				المرشحين)	الترشيح (للأطباء	جهة
الدرجة جهة التخرج دور التخرج التقدير العام تقدير مادة التخص				ل عليها:-	ات العلمية الحاص	الدرج
	تقدير مادة التخص	التقدير العام	دور التخرج	جهة التخرج	الدرجة	
						•

		بمية:	الأكاد	بالنسبة للتسجيل في الأقسام
بة	المادة الإضافي	• • • • • • •		المادة الأساسية
مقدمه لسيادتكم				
الطبيب/				
رئيس القسم		/	/	وافق مجلس القسم بتاريخ
أ.د/				
وكيل الكلية للدراسات العليا	/	/	بتاريخ	وافقت لجنة الدراسات العليا
/2.أ				
عميد الكلية		/	/	وافق مجلس الكلية بتاريخ
/2.أ				