



كلية الطب
إدارة الدراسات العليا
والبحوث



جامعة سوهاج

الكلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم
والاعتماد

طلب تسجيل مقررات

اسم الطالب :

الرقم الجامعي :

اسم البرنامج المقيد به الطالب :

تاريخ القيد: / / ٢٠ م

المستوي المطلوب تسجيل مقررات فيه : الجزء الأول / الجزء الثاني

القسم الذي يمنح البرنامج :

الفصل الدراسي: فصل دراسي اول (الخريف) / فصل دراسي ثاني (الربيع) / فصل دراسي ثالث (الصيف)

العام الدراسي : 20 / 20 م

اسم المرشد الاكاديمي :

المقررات التي يرغب الطالب في تسجيلها :

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

تحريرا في / / ٢٠ م

توقيع الطالب

توقيع المرشد الاكاديمي

رئيس القسم

عميد الكلية

وكيل الكلية

مدير إدارة

المختص

2022/04/15

تاريخ الاصدار

01

رقم الاصدار

SMdE0Hs00F010108

كود رقم