



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 : ٢٠ / ٢٠ م

اسم المرشد الاكاديمي :

المقررات التي يرغب الطالب في تسجيلها :

١-

٢-

٣-

٤-

٥-

٦-

٧-

٨-

تحريرا في / / ٢٠ م

توقيع الطالب

توقيع المرشد الاكاديمي

رئيس القسم

عميد الكلية

وكيل الكلية

مدير إدارة

المختص