



كلية الطب



الكلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم والاعتماد



جامعة سوهاج

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