



كلية الطب



جامعة بنها

طلب تسجيل لدرجة الماجستير

السيد الأستاذ الدكتور رئيس قسم /

بعد التحية

أرجو من سيادتكم الموافقة على تسجيلي لدرجة الماجستير في
دور أكتوبر وبياناتي كالتالي:-

الاسم:..... إسم الوالد

تاريخ الميلاد:..... محل الميلاد

الديانة:..... الجنس

الوظيفة الحالية:..... جهة العمل

عنوان المنزل:..... تليفون

جهة الترشيح (للأطباء المرشحين)

الدرجات العلمية الحاصل عليها:-

الدرجة	جهة التخرج	دور التخرج	التقدير العام	تقدير مادة التخصص

بالنسبة للتسجيل في الأقسام الأكاديمية:

المادة الأساسية المادة الإضافية

مقدمه لسيادتكم

...../الطبيب/

رئيس القسم

/ / وافق مجلس القسم بتاريخ

..... أ.د./

وكيل الكلية للدراسات العليا

/ / وافقت لجنة الدراسات العليا بتاريخ

..... أ.د./

عميد الكلية

/ / وافق مجلس الكلية بتاريخ

..... أ.د./