



Request form for borrowing from Clinical Simulation Center

borrowing from		نموذج استعارة الأدوات	
Name		الاسم	
University ID		الرقم الجامعي	
Institution/Department Name		القسم / الكلية	
Specify the Purpose of Borrowing		الغرض من الاستعارة	
Name of the Model & Accessory:	•	•	القضائج والأدوات المراد استعارتها
	•	•	
	•	•	
	•	•	
	•	•	
	•	•	
Date/Time for Borrowing:			تاريخ ووقت بداية الاستعارة
Date/Time to return the Borrowed items			تاريخ اعاده العناصر المستعارة
Signature of Borrower			توقيع طالب الاستعارة
Mobile #			رقم الموبايل
Dean or Assigned Signature			توقيع العميد / الدكتور المسؤول
In Charge Signature			توقيع الدكتور المسؤول في المركز

اتعهد أنا /
واسمي أعلاه بأن أعيد ما تم أخذه خلال مدة أقصاها وان تكون خالية من
العيوب والعطل وان اتحمل مسؤولية ذلك.

وبناءً عليه جرى والتوقيع والعلم ،،

التاريخ

التوقيع

الاسم