|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\DR ASMAA\Desktop\images (1).jpg | **جامعة ام القرى****كلية العلوم الصحية بالليث****قسم الصحة العامة**  |  C:\Users\Mohammed\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\Screenshot_٢٠١٤-٠٥-١٤-٠٩-٣٥-١١.png |

**رغبات التدريب في سنة الامتياز**

**الرجاء تعبئة البيانات ومن ثم كتابة اسم المدينة المختارة للتطبيق أسفل لكل من (المستشفى – المركز الصحي – الشؤون الصحية والبلديات)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم الجامعي** | **الاسم** | **الهوية** | **الجوال** | **البريد الالكتروني** | **المستشفى** | **المركز الصحي** | **الشئون الصحية** | **البلديات**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |