**كلية** الطب البشري

**استمارة حصر الطلاب المقبولين المصريين (قيد/تسجيل)**

**السيد الأستاذ الدكتور/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

**تحية طيبة وبعد،**

نحيط سيادتكم علماً بأن مجلس كلية/ معهد ................................. قد وافق بجلسته المنعقدة/ بالتفويض في ..............
بناءً على موافقة مجلس قسم ............................... بتاريخ .............. على قيد/ تسجيل الطلاب الآتي أسماؤهم لدرجة/ شهادة ................................ في ............................... وعددهم الكلى (............) بعدد (............) إناث و(............) ذكور بالفصل الدراسي ........................ للعام الجامعي ........................

ومرفق قائمة بأسماء الطلاب المقبولين.

**رجاء التفضل بالموافقة والإفادة نحو قيد/ تسجيل الطلاب.**

**وتفضلوا بقبول وافر الاحترام،**

**الموظف المختص مدير الإدارة**

**وكيل الكلية/ المعهد للدراسات العلیا والبحوث عميد الكلية/ المعهد**

|  |
| --- |
| **خاص بإدارة الدراسات العلیا بالجامعة****تم قيد/تسجيل الطلاب المذكورة أسماؤهم بالسجلات.****الموظف المختص رئيس القسم مدير الإدارة** |

**المدير العام للدراسات العليا والبحوث يعتمد،**

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

* **مرفق باستمارات القيد والتسجيل.**
* **يتم إرسال أصل النموذج المعتمد إلى الجامعة والاحتفاظ بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية**  الطب البشري

**استمارة حصر الطلاب المقبولين الوافدين (قيد/تسجيل)**

**السيد الأستاذ الدكتور/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

**تحية طيبة وبعد،**

نحيط سيادتكم علماً بأن مجلس كلية/ معهد ................................. قد وافق بجلسته المنعقدة/ بالتفويض في ..............
بناءً على موافقة مجلس قسم ............................... بتاريخ .............. على قيد/ تسجيل الطلاب الآتي أسماؤهم لدرجة/ شهادة ................................ في ............................... وعددهم الكلى (............) بعدد (............) إناث و(............) ذكور بالفصل الدراسي ........................ للعام الجامعي ........................

ومرفق قائمة بأسماء الطلاب المقبولين.

**رجاء التفضل بالموافقة والإفادة نحو قيد/ تسجيل الطلاب.**

**وتفضلوا بقبول وافر الاحترام،**

**الموظف المختص مدير الإدارة**

**وكيل الكلية/ المعهد للدراسات العلیا والبحوث عميد الكلية/ المعهد**

|  |
| --- |
| **خاص بإدارة الدراسات العلیا بالجامعة****تم قيد/تسجيل الطلاب المذكورة أسماؤهم بالسجلات.****الموظف المختص رئيس القسم مدير الإدارة** |

**المدير العام للدراسات العليا والبحوث يعتمد،**

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

* **مرفق باستمارات القيد والتسجيل.**
* **يتم إرسال أصل النموذج المعتمد إلى الجامعة والاحتفاظ بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعه**

**كلية** الطب البشري

**قائمة بأسماء طلاب الدراسات العليا المقبولين**

**موافقة مجلس الكلية على القيد لدرجة ................................. للعام الجامعي ......................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الرقم المرجعي للطالب | اسم الطالب | الجنسية | ذكور/ إناث | آخر مؤهل دراسي وتقديره | التخصص المقترح التسجيل به | الوظيفة | الموبايل | البريد الإلكتروني | رقم مستند السداد وتاريخه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

**قاعدة بيانات لطلاب الدراسات العليا الوافدين**

**للعام الجامعي ......................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم الطالب** | **الجنسية** | **ذكور/ إناث** | **الكلية** | **القسم** | **الدرجة العلمية** | **رقم التليفون** | **العنوان** | **منحة** | **نفقة خاصة** | **مبتعث** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**كلية** الطب البشري

**استمارة حصر الطلاب المصريين الممنوحين**

شهر ....................... العام الأكاديمي .............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم المرجعي للطالب** | **اسم الطالب** | **إناث/ذكور** | **الوظيفة** | **البرنامج** | **القسم العلمي** | **التخصص الدقيق** | **تاريخ اعتماد التشكيل** | **تاريخ المنح** | **الموبايل** | **البريد الإلكتروني** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** **نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

**استمارة حصر الطلاب الوافدين الممنوحين**

شهر ....................... العام الأكاديمي .............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم المرجعي للطالب** | **اسم الطالب** | **الجنسية** | **إناث/ذكور** | **الوظيفة** | **البرنامج** | **القسم العلمي** | **التخصص الدقيق** | **تاريخ اعتماد التشكيل** | **تاريخ المنح** | **الموبايل** | **البريد الإلكتروني** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** **نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

**نموذج متابعة التقارير الدورية لطلاب الدراسات العليا**

**عن المراحل التي تم تنفيذها في الرسالة**

**ماجستير/دكتوراه كلية/معهد الفصل الدراسي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطالب** | **إناث/ ذكور** | **الدرجة المسجل لها** | **القسم العلمي** | **لجنة الإشراف** | **تاريخ الخطة البحثية** | **التقرير الأول****الفصل الدراسي****العام الاكاديمي** | **التقرير الثاني****الفصل الدراسي****العام الاكاديمي** | **التقرير الثالث****الفصل الدراسي****العام الاكاديمي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** **نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

**تسجيل/حذف/ إضافة مقرر لدرجة الماجستير قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل/ حذف/ إضافة مقرر: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب تسجيلها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب إضافتها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب حذفها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

* **حررت الاستمارة من اصل و 3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/رئيس القسم).**

**كلية** الطب البشري

**تسجيل/حذف/ إضافة مقرر لدرجة الدكتوراه قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل/ حذف/ إضافة مقرر: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب تسجيلها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب إضافتها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب حذفها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

**حررت الاستمارة من اصل و 3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/رئيس القسم).**

**كلية** الطب البشري

**استمارة انسحاب من مقرر لدرجة الماجستير قسم** ............................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل مقررات تكميلية: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب الانسحاب منها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

* **حررت الاستمارة من اصل و 3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/رئيس القسم).**

**كلية** الطب البشري

**استمارة انسحاب من مقرر لدرجة الدكتوراه قسم** ............................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل مقررات تكميلية: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب الانسحاب منها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

* **حررت الاستمارة من اصل و 3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/رئيس القسم).**

**كلية** الطب البشري

**استمارة تسجيل مقررات تكميلية** **لدرجة الماجستير قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل مقررات تكميلية: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب تسجيلها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

* **حررت الاستمارة من اصل و 3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/رئيس القسم).**

**كلية** الطب البشري

**استمارة تسجيل مقررات تكميلية** **لدرجة الدكتوراه قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل مقررات تكميلية: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |
| --- |
| المقررات الدراسية المطلوب تسجيلها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/النقاط المعتمدة | إجباري/اختياري | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

**حررت الاستمارة من اصل و 3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/رئيس القسم).**

**كلية** الطب البشري

**استمارة تسجيل خطة البحث لدرجة الدكتوراه قسم ................................................................**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: ..................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

الرقم القومي/ رقم جواز السفر: .............................................................. عنوان الطالب: ........................................................................................................

البريد الالكتروني للطالب: ................................................................................ المؤهل/ بكالوريوس/ ليسانس: .........................................................

التخصص: ....................................... تقدير: ................. عام: ................ جامعة: ..................... معادلة بقرار رقم: ...................... بتاريخ: .................

ماجستير: ........................................ التخصص: ....................................... تقدير: ................. عام: ................ جامعة: ..................... معادلة بقرار رقم: ...................... بتاريخ: .................

تاريخ القيد: ............................................................ موافقة أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................................

اجتاز سيادته بنجاح امتحان دور: .................................. بتقدير: ...................................... للعام الجامعي: .............................................................

رقم الهاتف المحمول: ................................................................................ البريد الالكتروني للجامعة: ......................................................................

كود الخطة البحثية: ................................................................ تاريخ التسجيل بالبرنامج: .........................................................................................

رقم السداد: ............................................................................ تاريخ السداد: ............................................................................................................

**عنوان البحث باللغة العربية:**

|  |
| --- |
|  |

**عنوان البحث باللغة الإنجليزية:**

|  |
| --- |
|  |

**عنوان البحث بلغة أخرى (إن وجد):**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **لجنة الإشراف** |
| م | اسم المشرف | الوظيفة | عدد الرسائل | البريد الإلكتروني | التوقيع |
|  |  |  | ماجستير | دكتوراه |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| تقرير لجنة أخلاقيات البحث العلمي |[ ]   | رفع خطة البحث على المكتبة الرقمية  |[ ]   | شهادة اتقان اللغة الإنجليزية 500 |[ ]
| حضور ورشة عمل قواعد البيانات |[ ]   | حضور ورشة عمل إجراءات السلامة في المعامل |[ ]   | شهادة ICDL |[ ]
| تقرير المكتبة الرقمية عن كشف الانتحال |[ ]   | حضور ورشة عمل براءة الاختراع |[ ]   |  |  |
| الاشتراك في بنك المعرفة  |[ ]   | حضور ورشة عمل ريادة الأعمال |[ ]   |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**
* **ذوي الهمم**:
* نوع الاختلاف: [ ]  صم وبكم [ ]  إعاقة بدنية [ ]  عمى [ ]  شلل أطفال

**كلية**الطب البشري

**استمارة تسجيل خطة البحث لدرجة الماجستير قسم ................................................................**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: ..................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

الرقم القومي/ رقم جواز السفر: .............................................................. عنوان الطالب: ........................................................................................................

البريد الالكتروني للطالب: ................................................................................ المؤهل/ بكالوريوس/ ليسانس: .........................................................

التخصص: ....................................... تقدير: ................. عام: ................ جامعة: ..................... معادلة بقرار رقم: ...................... بتاريخ: .................

تاريخ القيد: ............................................................ موافقة أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................................

اجتاز سيادته بنجاح امتحان دور: .................................. بتقدير: ...................................... للعام الجامعي: .............................................................

رقم الهاتف المحمول: ................................................................................ البريد الالكتروني للجامعة: ......................................................................

كود الخطة البحثية: ................................................................ تاريخ التسجيل بالبرنامج: .........................................................................................

رقم السداد: ............................................................................ تاريخ السداد: ............................................................................................................

**عنوان البحث باللغة العربية:**

|  |
| --- |
|  |

**عنوان البحث باللغة الإنجليزية:**

|  |
| --- |
|  |

**عنوان البحث بلغة أخرى (إن وجد):**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **لجنة الإشراف** |
| م | اسم المشرف | الوظيفة | عدد الرسائل | البريد الإلكتروني | التوقيع |
|  |  |  | ماجستير | دكتوراه |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| تقرير لجنة أخلاقيات البحث العلمي |[ ]   | رفع خطة البحث على المكتبة الرقمية  |[ ]   | شهادة اتقان اللغة الإنجليزية 450 |[ ]
| حضور ورشة عمل قواعد البيانات |[ ]   | حضور ورشة عمل إجراءات السلامة في المعامل |[ ]   | شهادة ICDL |[ ]
| تقرير المكتبة الرقمية عن كشف الانتحال |[ ]   | حضور ورشة عمل براءة الاختراع |[ ]   |  |  |
| الاشتراك في بنك المعرفة  |[ ]   | حضور ورشة عمل ريادة الأعمال |[ ]   |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**ذوي الهمم**:

نوع الاختلاف: [ ]  صم وبكم [ ]  إعاقة بدنية [ ]  عمى [ ]  شلل أطفال

**كلية** الطب البشري

**تعديل عنوان خطة البحث لدرجة الماجستير قسم** ......................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على تعديل خطة البحث (تعديل جوهري/ غير جوهري): .....................................................................................................

**عنوان البحث قبل التعديل:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**عنوان البحث بعد التعديل:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**مبررات التعديل:**

|  |
| --- |
|  |

**المرفقات**: في حالة التعديل الجوهري:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| خطة البحث الجديدة  |[ ]   | تقرير المكتبة الرقمية عن حداثة النقطة البحثية |[ ]   | رفع خطة البحث على المكتبة الرقمية  |[ ]
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**كلية**  الطب البشري

**تعديل عنوان خطة البحث لدرجة الدكتوراه قسم** ......................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على تعديل خطة البحث (تعديل جوهري/ غير جوهري): .....................................................................................................

**عنوان البحث قبل التعديل:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**عنوان البحث بعد التعديل:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**مبررات التعديل:**

|  |
| --- |
|  |

**المرفقات**: في حالة التعديل الجوهري:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| خطة البحث الجديدة  |[ ]   | تقرير المكتبة الرقمية عن حداثة النقطة البحثية |[ ]   | رفع خطة البحث على المكتبة الرقمية  |[ ]
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**مد فترة التسجيل لدرجة الماجستير قسم** ......................................................

**في نطاق العام** .................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على المد: .....................................................................................................

**عنوان البحث قبل التعديل:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**أسباب المد:**

|  |
| --- |
|  |

**المرفقات**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| موافقة السادة المشرفين على المد  |[ ]   | تقرير علمي عن حالة الطالب |[ ]   |  |  |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**كلية**  الطب البشري

**مد فترة التسجيل لدرجة الدكتوراه قسم** ......................................................

**في نطاق العام** .................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على المد: .....................................................................................................

**عنوان البحث قبل التعديل:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**أسباب المد:**

|  |
| --- |
|  |

**المرفقات**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| موافقة السادة المشرفين على المد  |[ ]   | تقرير علمي عن حالة الطالب |[ ]   |  |  |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**كلية**الطب البشري

**تعديل/ تعزيز لجنة الإشراف لدرجة الماجستير قسم** .............................................

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على تعديل/ تعزيز لجنة الإشراف: .....................................................................................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **لجنة الإشراف قبل التعديل/ التعزيز** |
| م | اسم المشرف | الوظيفة | عدد الرسائل | البريد الإلكتروني | التوقيع |
| ماجستير | دكتوراه |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **لجنة الإشراف بعد التعديل/ التعزيز** |
| م | اسم المشرف | الوظيفة | عدد الرسائل | البريد الإلكتروني | التوقيع |
| ماجستير | دكتوراه |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مبررات التعديل/ التعزيز**: |  | [ ]  | سفر |[ ]  اعتذار  |[ ]  غيره |

**المرفقات**:

[ ]  إقرار من المشرف خطى باعتذاره عن الإشراف أو سفره أو غير ذلك.

[ ]  تعهد من لجنة الإشراف ألا تتم المناقشة إلا بعد 6 شهور من تاريخ موافقة مجلس الكلية على التعديل/ التعزيز.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**تعديل/ تعزيز لجنة الإشراف لدرجة الدكتوراه قسم** .............................................

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على تعديل/ تعزيز لجنة الإشراف: .....................................................................................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **لجنة الإشراف قبل التعديل/ التعزيز** |
| م | اسم المشرف | الوظيفة | عدد الرسائل | البريد الإلكتروني | التوقيع |
| ماجستير | دكتوراه |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **لجنة الإشراف بعد التعديل/ التعزيز** |
| م | اسم المشرف | الوظيفة | عدد الرسائل | البريد الإلكتروني | التوقيع |
| ماجستير | دكتوراه |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مبررات التعديل/ التعزيز**: |  | [ ]  | سفر |[ ]  اعتذار  |[ ]  غيره |

**المرفقات**:

[ ]  إقرار من المشرف خطى باعتذاره عن الإشراف أو سفره أو غير ذلك.

[ ]  تعهد من لجنة الإشراف ألا تتم المناقشة إلا بعد 6 شهور من تاريخ موافقة مجلس الكلية على التعديل/ التعزيز.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**إنذار بإلغاء التسجيل**

**كلية الطب البشري**

**الرقم المرجعي للطالب**

اسم الطالب: ........................................................................................................ القسم العلمي: ............................................................................

تاريخ القيد بالبرنامج: ........................................................................................... تاريخ تسجيل خطة البحث: .......................................................

العنوان: ................................................................................................................ البريد الإلكتروني: .......................................................................

**سبب الإنذار:** [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث [ ]  بناء علي التقارير الدورية [ ]  غيره/اذكر:

|  |
| --- |
| ....................................................................................................................................................................................................................... |

**عنوان الرسالة:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

|  |
| --- |
| **الإنذار الأول**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الأول السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الأول بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثاني**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثاني السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثاني بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثالث**:نحيط سيادتكم علماً:  [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثالث السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثالث بتاريخ ...../...../............. موافقة لجنة الدراسات بتاريخ ...../...../............. على ................................................................................................................................. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أ.د/ وكيل الكلية للدراسات العليا: |

|  |
| --- |
| **وافق مجلس الكلية بتاريخ ...../...../............. على إلغاء القيد/ التسجيل.** عميد الكلية/المعهد أ.د/  |

**كلية** الطب البشري

 **إلغاء التسجيل لدرجة الماجستير قسم** .........................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على الإلغاء: .....................................................................................................

**سبب الإنذار:** [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث [ ]  بناء علي التقارير الدورية [ ]  غيره/اذكر:

**عنوان الرسالة:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **الإنذار الأول**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الأول السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الأول بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثاني**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثاني السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثاني بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثالث**:نحيط سيادتكم علماً:  [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثالث السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثالث بتاريخ ...../...../............. موافقة لجنة الدراسات بتاريخ ...../...../............. على ................................................................................................................................. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أ.د/ وكيل الكلية للدراسات العليا: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

 **إلغاء التسجيل لدرجة الدكتوراه قسم** .........................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على الإلغاء: .....................................................................................................

**سبب الإنذار:** [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث [ ]  بناء علي التقارير الدورية [ ]  غيره/اذكر:

**عنوان الرسالة:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **الإنذار الأول**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الأول السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الأول بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثاني**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثاني السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثاني بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثالث**:نحيط سيادتكم علماً:  [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثالث السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثالث بتاريخ ...../...../............. موافقة لجنة الدراسات بتاريخ ...../...../............. على ................................................................................................................................. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أ.د/ وكيل الكلية للدراسات العليا: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

 **إلغاء القيد لدرجة الماجستير قسم** .........................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على الإلغاء: .....................................................................................................

**سبب الإنذار:** [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث [ ]  بناء علي التقارير الدورية [ ]  غيره/اذكر:

**عنوان الرسالة:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **الإنذار الأول**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الأول السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الأول بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثاني**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثاني السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثاني بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثالث**:نحيط سيادتكم علماً:  [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثالث السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثالث بتاريخ ...../...../............. موافقة لجنة الدراسات بتاريخ ...../...../............. على ................................................................................................................................. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أ.د/ وكيل الكلية للدراسات العليا: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

**كلية**  الطب البشري

 **إلغاء القيد لدرجة الدكتوراه قسم** .........................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على الإلغاء: .....................................................................................................

**سبب الإنذار:** [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث [ ]  بناء علي التقارير الدورية [ ]  غيره/اذكر:

**عنوان الرسالة:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **الإنذار الأول**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الأول السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الأول بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثاني**:نحيط سيادتكم علماً: [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثاني السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثاني بتاريخ ...../...../............. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أمين الكلية: |

|  |
| --- |
| **الإنذار الثالث**:نحيط سيادتكم علماً:  [ ]  تعدى فترة تسجيل خطة البحث. [ ]  توصية لجنة الإشراف بالتقرير الثالث السلبى. [ ]  غيره/اذكر:.......................................................................................................................................................................................................................مع اعتبار هذا هو الإنذار الثالث بتاريخ ...../...../............. موافقة لجنة الدراسات بتاريخ ...../...../............. على ................................................................................................................................. الموظف المختص: مدير ادارة الدراسات العليا: أ.د/ وكيل الكلية للدراسات العليا: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

**كلية** الطب البشري

**إلغاء قيد/تسجيل الطالب لدرجة الماجستير قسم** .........................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

**التخصص الدقيق:** .........................................................................................................................................................

**السيد الأستاذ الدكتور/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

***تحية طيبة وبعد،***

أتشرف بإفادة سيادتكم بأن مجلس الكلية/ المعهد قد وافق بجلسته المنعقدة بتاريخ ...../...../.............
على إلغاء قيد/تسجيل الطالب .................................................................. المقيد/المسجل لدرجة ..........................................
بقسم ..................................................................... تخصص ............................................................... بتاريخ ...../...../.............

[ ]  **مسجل الخطة البحثية** [ ]  **غير مسجل الخطة البحثية**

**و ذلك نظرا إلى:**

 [ ]  **بناءً على طلبه.**

[ ]  **عدم جدية الطالب وحصوله على (3) تقارير سلبية من لجنة الإشراف.**

[ ]  **رفض لجنة الحكم علي رسالة الماجستير / الدكتوراة وتوصيتها بعدم صلاحية الرسالة لنيل الدرجة.**

[ ]  **غيره (اذكر):**

................................................................................................................................................................................

**تاريخ موافقة مجلس القسم:** ...../...../............. **تاريخ موافقة لجنة الدراسات:** ...../...../.............

**وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الاحترام،**

**وكيل الكلية للدراسات العليا عميد الكلية/المعهد**

**أ.د/ أ.د/**

|  |
| --- |
| **خاص بإدارة الدراسات العلیا بالجامعة**تمت المراجعة ويرفع الأمر للسيد الأستاذ الدكتور /نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث للتفضل بالنظر في إلغاء تسجيل الطالب.**الموظف المختص: رئيس القسم: مدير الإدارة:****يعتمد،****المدير العام نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث****أ.د/**  |

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة وبنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**إلغاء قيد/تسجيل الطالب لدرجة الدكتوراه قسم** .........................................................

**الرقم المرجعي للطالب**

**التخصص الدقيق:** .........................................................................................................................................................

**السيد الأستاذ الدكتور/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

***تحية طيبة وبعد،***

أتشرف بإفادة سيادتكم بأن مجلس الكلية/ المعهد قد وافق بجلسته المنعقدة بتاريخ ...../...../.............
على إلغاء قيد/تسجيل الطالب .................................................................. المقيد/المسجل لدرجة ..........................................
بقسم ..................................................................... تخصص ............................................................... بتاريخ ...../...../.............

[ ]  **مسجل الخطة البحثية** [ ]  **غير مسجل الخطة البحثية**

**و ذلك نظرا إلى:**

 [ ]  **بناءً على طلبه.**

[ ]  **عدم جدية الطالب وحصوله على (3) تقارير سلبية من لجنة الإشراف.**

[ ]  **رفض لجنة الحكم علي رسالة الماجستير / الدكتوراة وتوصيتها بعدم صلاحية الرسالة لنيل الدرجة.**

[ ]  **غيره (اذكر):**

................................................................................................................................................................................

**تاريخ موافقة مجلس القسم:** ...../...../............. **تاريخ موافقة لجنة الدراسات:** ...../...../.............

**وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الاحترام،**

**وكيل الكلية للدراسات العليا عميد الكلية/المعهد**

**أ.د/ أ.د/**

|  |
| --- |
| **خاص بإدارة الدراسات العلیا بالجامعة**تمت المراجعة ويرفع الأمر للسيد الأستاذ الدكتور /نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث للتفضل بالنظر في إلغاء تسجيل الطالب.**الموظف المختص: رئيس القسم: مدير الإدارة:****يعتمد،****المدير العام نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث****أ.د/**  |

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة وبنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**قائمة بأسماء طلاب الدراسات العليا المصريين الذين أُلغى قيدهم**

موافقة مجلس الكلية على الإلغاء ....................... العام الأكاديمي ................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم المرجعي للطالب** | **اسم الطالب** | **إناث/ ذكور** | **القسم العلمي** | **الشهادة/ الدرجة المراد إلغاؤها** | **البرنامج** | **سبب الإلغاء****(1)/ (2)/ (3)/ (4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

|  |
| --- |
| 1) بناءً على طلبه.  |
| 2) عدم جدية الطالب وحصوله على 3 تقارير سلبية من لجنة الإشراف. |
| 3) رفض لجنة الحكم علي رسالة الماجستير / الدكتوراة وتوصيتها بعدم صلاحية الرسالة لنيل الدرجة. |
| 4) غيره (اذكر). |

**كلية** الطب البشري

**قائمة بأسماء طلاب الدراسات العليا الوافدين الذين أُلغى قيدهم**

موافقة مجلس الكلية على الإلغاء ....................... العام الأكاديمي ................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم المرجعي للطالب** | **الجنسية** | **اسم الطالب** | **إناث/ ذكور** | **القسم العلمي** | **الشهادة/ الدرجة المراد إلغاؤها** | **البرنامج** | **سبب الإلغاء****(1)/ (2)/ (3)/ (4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

|  |
| --- |
| 1) بناءً على طلبه.  |
| 2) عدم جدية الطالب وحصوله على 3 تقارير سلبية من لجنة الإشراف. |
| 3) رفض لجنة الحكم علي رسالة الماجستير / الدكتوراة وتوصيتها بعدم صلاحية الرسالة لنيل الدرجة. |
| 4) غيره (اذكر). |

**قائمة بأسماء طلاب الدراسات العليا الذين أُلغى قيدهم**

**للعرض على مجلس الدراسات العليا**

شهر ....................... العام الأكاديمي .............................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم المرجعي للطالب** | **اسم الطالب** | **إناث/ ذكور** | **الكلية/ المعهد****القسم العلمي** | **الشهادة/ الدرجة الممنوحة** | **البرنامج** | **سبب الإلغاء****(1)/ (2)/ (3)/ (4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**الموظف المختص مدير الإدارة**

**يعتمد،**

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

|  |
| --- |
| 1) بناءً على طلبه.  |
| 2) عدم جدية الطالب وحصوله على 3 تقارير سلبية من لجنة الإشراف. |
| 3) رفض لجنة الحكم علي رسالة الماجستير / الدكتوراة وتوصيتها بعدم صلاحية الرسالة لنيل الدرجة. |
| 4) غيره (اذكر). |

**كلية** الطب البشري

**تقرير صلاحية الرسالة**

**اسم الطالب**: ...................................................................................................... **الجنسية**: ...........................................................................

**الدرجة العلمية**: ................................................................................................. **التخصص**: .................................................................................

**تاريخ القيد**: ........................................................................................................ **تاريخ تسجيل خطة البحث**: .......................................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

|  |
| --- |
| **باللغة الإنجليزية:** |

**لجنة الإشراف:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **التوقيع** | **جهة العمل** | **الوظيفة** | **اسم المشرف** | **م** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |

**لجنة المناقشة والحكم:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **جهة العمل** | **الوظيفة** | **اسم عضو اللجنة العلمية** | **م** |
|  |  |  | **1** |
|  |  |  | **2** |
|  |  |  | **3** |
|  |  |  | **4** |

**أولا: وصف الرسالة:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عدد الصفحات**  |  | **عدد المراجع**  |  | **الملاحق (إن وجدت)** |  |

**ثانيا: محتويات الرسالة:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **الغلاف باللغة الإنجليزية/العربية** |  | **2** | **الملخص باللغة الإنجليزية/العربية** |  |
| **3** | **المقدمة** |  | **4** | **الهدف** |  |
| **5** |  **المراجعة الأدبية** |  | **6** | **طرق البحث** |  |
| **7** | **ادارة البيانات** |  | **8** | **النتائج** |  |
| **9** | **الجداول** |  | **10** | **الأشكال** |  |
| **11** | **المناقشة** |  | **12** | **المراجع** |  |
| **13** |  **ملخص الرسالة باللغة الإنجليزية/ العربية** |  | **14** | **المقدمة باللغة العربية** |  |
| **15** | **الغلاف باللغة الإنجليزية/العربية** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ثالثا: التوصية:** |
| **الرسالة صالحة للعرض على لجنة المناقشة والحكم** |
|  **وكيل الكلية/ المعهد للدراسات العليا** |
|  **أ.د/** |

**كلية**  الطب البشري

**تشكيل لجنة المناقشة والحكم على الرسالة لدرجة الماجستير قسم** ........................................

**كلية الطب البشري**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة السيد أ.د/ عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية على التشكيل في :..........................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

**لجنة الإشراف:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **التوقيع** | **جهة العمل** | **الوظيفة** | **اسم المشرف** | **م** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |

**لجنة المناقشة والحكم:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**المرفقات:** [ ]  نسخ الرسالة مجلدة حلزونيا لأعضاء لجنة التحكيم [ ]  تقرير الصلاحية [ ]  تقرير الاقتباس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | تاريخ موافقة أ.د/عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

 **أ.د/**

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة و بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**تشكيل لجنة المناقشة والحكم على الرسالة لدرجة الدكتوراه قسم** ........................................

**كلية الطب البشري**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة السيد أ.د/ عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية على التشكيل في :..........................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

**لجنة الإشراف:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **التوقيع** | **جهة العمل** | **الوظيفة** | **اسم المشرف** | **م** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |

**لجنة المناقشة والحكم:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**المرفقات:** [ ]  نسخ الرسالة مجلدة حلزونيا لأعضاء لجنة التحكيم [ ]  تقرير الصلاحية [ ]  تقرير الاقتباس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | تاريخ موافقة أ.د/عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

 **أ.د/**

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة و بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**استمارة استبدال مقرر لدرجة الدكتوراه قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

البرنامج: ...................................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل مقررات تكميلية: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| المقررات الدراسية بعد الاستبدال | المقررات الدراسية المطلوب استبدالها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/ النقاط المعتمدة | اسم المقرر | كود المقرر | عدد الساعات/ النقاط المعتمدة | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

- حررت الاستمارة من أصل و3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/ رئيس القسم)

**كلية** الطب البشري

**استمارة استبدال مقرر لدرجة الماجستير قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

البرنامج: ...................................................................

موافقة مجلس الكلية على تسجيل مقررات تكميلية: .....................................................................................................

الفصل الدراسي: 🞏 خريف 🞏 ربيع 🞏 الصيف العام الجامعي ........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| المقررات الدراسية بعد الاستبدال | المقررات الدراسية المطلوب استبدالها |
| توقيع أستاذ المادة | عدد الساعات/ النقاط المعتمدة | اسم المقرر | كود المقرر | عدد الساعات/ النقاط المعتمدة | اسم المقرر | كود المقرر |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

توقيع الطالب: ......................................................................... توقيع المرشد الأكاديمي: ..........................................................

توقيع رئيس القسم العلمي: ....................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

- حررت الاستمارة من أصل و3 نسخ (الطالب/ المرشد الأكاديمي/ رئيس القسم)

**كلية** الطب البشري

**استمارة استئناف القيد/ التسجيل لدرجة الماجستير قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

تاريخ إيقاف القيد/ التسجيل: ........................................ اعتماد مجلس الدراسات العليا إيقاف القيد/ التسجيل: ..............................................

موافقة مجلس الكلية على استئناف القيد/ التسجيل: .....................................................................................................

**عنوان البحث باللغة العربية**:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

**كلية** الطب البشري

**استمارة استئناف القيد/ التسجيل لدرجة الدكتوراه قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

تاريخ إيقاف القيد/ التسجيل: ........................................ اعتماد مجلس الدراسات العليا إيقاف القيد/ التسجيل: ..............................................

موافقة مجلس الكلية على استئناف القيد/ التسجيل: .....................................................................................................

**عنوان البحث باللغة العربية**:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

**كلية** الطب البشري

**إسقاط/ إيقاف مدة** ............................................... **لدرجة الماجستير قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على إيقاف/ اسقاط: .....................................................................................................

**عنوان البحث باللغة العربية**:

**أسباب الإيقاف/ الإسقاط**:

**المرفقات:** [ ]  شهادة مرضية معتمدة من مستشفى [ ]  مرافقة زوج/ زوجة [ ]  غير ذلك

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

**كلية** الطب البشري

**إسقاط/ إيقاف مدة** ............................................... **لدرجة الدكتوراه قسم** .......................................

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على إيقاف/ اسقاط: .....................................................................................................

**عنوان البحث باللغة العربية**:

**أسباب الإيقاف/ الإسقاط**:

**المرفقات:** [ ]  شهادة مرضية معتمدة من مستشفى [ ]  مرافقة زوج/ زوجة [ ]  غير ذلك

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

مدير عام إدارة الدراسات العليا أ.د/ نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث

**كلية** الطب البشري

**استمارة القيد لدرجة الدكتوراه قسم ................................................................**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: ..................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

الرقم القومي/ رقم جواز السفر: ..................................................... عنوان الطالب: .....................................................................................................

البريد الالكتروني للطالب: ................................................................................ المؤهل/ بكالوريوس/ ليسانس: .........................................................

التخصص: ....................................... تقدير: ................. عام: ................ جامعة: ..................... معادلة بقرار رقم: ...................... بتاريخ: .................

ماجستير: ........................................ التخصص: ....................................... تقدير: ................. عام: ................ جامعة: ..................... معادلة بقرار رقم: ...................... بتاريخ: .................

رقم الهاتف المحمول: ................................................................................ البريد الالكتروني للجامعة: ......................................................................

رقم السداد: ............................................................................ تاريخ السداد: ............................................................................................................

|  |
| --- |
| **المقررات المطلوب دراستها** |
| **الفصل الدراسي الأول** | **الفصل الدراسي الثاني** |
| اسم المقرر | الكود | إجباري/ اختياري | اسم المقرر | الكود | إجباري/ اختياري |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

- الطالب مستوفى لشروط القيد طبقاً للائحة الداخلية للكلية.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**ذوي الهمم**:

نوع الاختلاف: [ ]  صم وبكم [ ]  إعاقة بدنية [ ]  عمى [ ]  شلل أطفال

**كلية** الطب البشري

**استمارة القيد لدرجة الماجستير قسم ................................................................**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: ..................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

الرقم القومي/ رقم جواز السفر: ..................................................... عنوان الطالب: .....................................................................................................

البريد الالكتروني للطالب: ................................................................................ المؤهل/ بكالوريوس/ ليسانس: .........................................................

التخصص: ....................................... تقدير: ................. عام: ................ جامعة: ..................... معادلة بقرار رقم: ...................... بتاريخ: .................

رقم الهاتف المحمول: ................................................................................ البريد الالكتروني للجامعة: ......................................................................

رقم السداد: ............................................................................ تاريخ السداد: ............................................................................................................

|  |
| --- |
| **المقررات المطلوب دراستها** |
| **الفصل الدراسي الأول** | **الفصل الدراسي الثاني** |
| اسم المقرر | الكود | إجباري/ اختياري | اسم المقرر | الكود | إجباري/ اختياري |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

- الطالب مستوفى لشروط القيد طبقاً للائحة الداخلية للكلية.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | موافقة مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث** يعتمد،

**نائب رئيس الجامعة للدراسات العليا والبحوث**

* **يتم الاحتفاظ بالأصل في الجامعة وصورة في ادارة الدراسات العليا بالكلية/ المعهد.**

**ذوي الهمم**:

نوع الاختلاف: [ ]  صم وبكم [ ]  إعاقة بدنية [ ]  عمى [ ]  شلل أطفال

**كلية** الطب البشري

**تعديل تشكيل لجنة المناقشة والحكم على الرسالة لدرجة الماجستير قسم** ........................................

**كلية/ معهد**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على التشكيل: ............................ اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للتشكيل: .....................................................................

موافقة السيد أ.د/ عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية على تعديل التشكيل في :..........................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

**لجنة المناقشة والحكم قبل التعديل:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**لجنة المناقشة والحكم بعد التعديل:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**المرفقات:** [ ]  نسخ الرسالة مجلدة حلزونيا لأعضاء لجنة التحكيم [ ]  تقرير الصلاحية [ ]  تقرير الاقتباس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | تاريخ موافقة أ.د/عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

 **أ.د/**

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة وبنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية**  الطب البشري

**تعديل تشكيل لجنة المناقشة والحكم على الرسالة لدرجة الدكتوراه قسم** ........................................

**كلية الطب البشري**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على التشكيل: ............................ اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للتشكيل: .....................................................................

موافقة السيد أ.د/ عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية على تعديل التشكيل في :..........................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

**لجنة المناقشة والحكم قبل التعديل:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**لجنة المناقشة والحكم بعد التعديل:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**المرفقات:** [ ]  نسخ الرسالة مجلدة حلزونيا لأعضاء لجنة التحكيم [ ]  تقرير الصلاحية [ ]  تقرير الاقتباس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | تاريخ موافقة أ.د/عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

 **أ.د/**

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة و بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**تجديد تشكيل لجنة المناقشة والحكم على الرسالة لدرجة الماجستير قسم** ........................................

**كلية/ معهد**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على التشكيل: ............................ اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للتشكيل: .....................................................................

موافقة السيد أ.د/ عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية على التشكيل في :..........................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

**لجنة الإشراف:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **التوقيع** | **جهة العمل** | **الوظيفة** | **اسم المشرف** | **م** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |

**لجنة المناقشة والحكم:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**المرفقات:** [ ]  نسخ الرسالة مجلدة حلزونيا لأعضاء لجنة التحكيم [ ]  تقرير الصلاحية [ ]  تقرير الاقتباس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | تاريخ موافقة أ.د/عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

 **أ.د/**

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة و بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**

**كلية** الطب البشري

**تجديد تشكيل لجنة المناقشة والحكم على الرسالة لدرجة الدكتوراه قسم** ........................................

**كلية الطب البشري**

**الرقم المرجعي للطالب**

التخصص الدقيق: .........................................................................................................................................................

اسم الطالب: .................................................................... الجنسية .....................................................الوظيفة .....................................................

تاريخ القيد: ..................................................... اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للقيد: ....................................................................... التسجيل بالبرنامج: .......................................................... اعتماد مجلس الدراسات العليا للتسجيل: .....................................................................

موافقة مجلس الكلية على التشكيل: ............................ اعتماد أ.د/ نائب رئيس الجامعة للتشكيل: .....................................................................

موافقة السيد أ.د/ عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية على تجديد التشكيل في :..........................................

**عنوان البحث:**

|  |
| --- |
| **باللغة العربية:** |

**لجنة الإشراف:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **التوقيع** | **جهة العمل** | **الوظيفة** | **اسم المشرف** | **م** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |

**لجنة المناقشة والحكم:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **اسم المحكم** | **الوظيفة/التخصص** | **جهة العمل** |  |
| **1** |  |  |  | **رئيس اللجنة** |
| **2** |  |  |  | **عضو** |
| **3** |  |  |  | **عضو** |
| **4** |  |  |  | **عضو** |
| **5** |  |  |  |  |

**المرفقات:** [ ]  نسخ الرسالة مجلدة حلزونيا لأعضاء لجنة التحكيم [ ]  تقرير الصلاحية [ ]  تقرير الاقتباس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ موافقة مجلس القسم  |  |  | تاريخ موافقة لجنة الدراسات العليا  |  |  | روجع بإدارة الدراسات العليا بالجامعة |
| توقيع رئيس القسم العلمي |  |  | توقيع وكيل الكلية للدراسات العليا |  |  | توقيع الموظف المختص |  |
| توقيع الموظف المختص  |  |  | تاريخ موافقة أ.د/عميد الكلية بالتفويض عن مجلس الكلية |  |  | رئيس القسم |  |
| توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |  | توقيع عميد الكلية |  |  | توقيع مدير إدارة الدراسات العليا |  |

**يعتمد،**

**مدير عام إدارة الدراسات العليا والبحوث نائب رئيس الجامعة للدراسات العلیا والبحوث**

 **أ.د/**

* **يحتفظ بأصل النموذج في الجامعة و بنسخة في إدارة الدراسات العلیا بالكلية/المعهد.**