**ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**

**المقترحات والشكاوى الموجهة لوكالة التدريب والشؤون السريرية**

**الاسم**:.........................................................**......... الرقم الجامعي:**......................................

**القسم: .................................................................**

**مكان التدريب: ......................................................... الفترة:.............................................**

**تاريخ المباشرة: ..........................................................**

**التاريخ المتوقع لانتهاء التدريب: ..........................................**

**الجوال: .................................................................**

**البريد الالكتروني: ........................................................**

**وصف الحالة:**

**(...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................)**

 **رد و توجيه وكالة الكلية للتدريب والشؤون السريرية: (................................................................................................................................................................................................................................................................)**

**الإسم:........................................................التوقيع:...................................التاريخ:.................**