



Sohag University  
Faculty of Nursing



ISO 9001:2015 & ISO21001:2018



جامعة سوهاج  
كلية التمريض  
ادارة الدراسات العليا

## طلب تسجيل المقررات

اسم الطالب: .....

الرقم الجامعي: / / م ٢٠ .....

اسم البرنامج المقيد به الطالب: .....

تاريخ القيد: .....

المستوى المطلوب تسجيل مقررات فيه: الجزء الأول/ الجزء الثاني/ الجزء الثالث/ الجزء الرابع  
القسم الذي يمنح البرنامج:

الفصل الدراسي: فصل دراسي أول ( الخريف ) / فصل دراسي ثاني ( الربيع ) فصل دراسي  
ثالث ( الصيف )

العام الدراسي: ٢٠ / ٢٠ م

اسم المرشد الاكاديمي: .....

المقررات التي يرغب الطالب في تسجيلها:

١- .....

٢- .....

٣- .....

٤- .....

٥- .....

٦- .....

٧- .....

تحريرا في / / م ٢٠

توقيع المرشد الأكاديمي

توقيع الطالب

عميد الكلية

وكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث

رئيس القسم

بتاريخ ٢٠٢٦/٤/١٤

الإصدار رقم (2)

كود SNUE0Pr00F010106