

إسم الطالب:..... الرقم الجامعي:.....

تدريب صيدلاني ميداني:..... شعبة:..... إسم المؤسسة الصيدلانية:.....

(نموذج الحضور والغياب)

الأسبوع	تاريخ الأسبوع	ساعة الحضور	ساعة المغادرة	توقيع الطالب	مجموع ساعات التدريب
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
مجموع الكلي لساعات التدريب					

التوقيع:.....

الصيدلاني المسؤول:.....

ختم المؤسسة :

تقرير الطالب في نهاية فترة التدريب

إسم الطالب: الرقم الجامعي:
تدريب صيدلاني ميداني: شعبة: اسم المؤسسة الصيدلانية:

المهارات التي إكتسبها الطالب أثناء التدريب :

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

الإيجابيات :

.....
.....

السلبيات:

.....
.....

الأقتراحات للتحسين:

.....
.....

مجموع ساعات التدريب الكلي: ساعة توقيع الطالب:

توقيع الصيدلاني المسؤول: التاريخ:

ختم المؤسسة الصيدلانية:

تقرير المؤسسة الصيدلانية مع المشرف

اسم الطالب: الرقم الجامعي:

تدريب صيدلاني ميداني: شعبة: اسم المؤسسة الصيدلانية:

ممتاز جيد مقبول غير مقبول

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- مدى الالتزام بمواعيد التدريب

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- حب التعليم والتعاون مع الصيدلي

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- المظهر واللباقة والحماس للتدريب

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- مدى الاستفادة من التدريب

ملاحظات خاصة بالمتدرب:

ممتاز جيد متوسط ضعيف

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

التقويم العام للمتدرب:

اسم الصيدلي المسؤول: التوقيع:

ختم المؤسسة الصيدلانية: التاريخ:

مقترحات أخرى: -.....

مع خالص الشكر الجزيل

الدكتور يزن الرشدان / مساعد العميد لشؤون التدريب