**بطاقة تسجيل مقررات دراسية بالبرنامج الدولي لبكالوريوس طب وجراحة الفم والأسنان بنظام الساعات المعتمدة**

**اسم الطالب :**_____

**المستوى الدراسي :**_____

**الفصل الدراسي :** _____

**العام الجامعي :** _____

**اسم المرشد الأكاديمي:** _____

**عنوان الإقامة في مصر :** _____

**عنوان الإقامة في البلد الأم ( للوافدين) :**

_____

**(ذكر العناوين الصحيحة يقع على مسئولية الطالب ، ويلتزم الطالب بالإبلاغ عن العنوان الجديد حال تغيير عنوان الإقامة )**

***المقررات الدراسية المطلوبة لتسجيل الطالب /***

| م | اسم المقرر الدراسي | عدد الساعات المعتمدة |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | **إجمالي عدد الساعات** | |

**تحريراً في /**

توقيع الطالب

توقيع المرشد الأكاديمي

Tanta University
Faculty of Dentistry
Accredited
International Program of Bachelor of Dentistry, Credit Hour System