



## محضر ومستشار تحت الطلب/ اداري

نأمل تعبئة جميع البيانات

|                               |        |                        |  |
|-------------------------------|--------|------------------------|--|
| بيانات الجهة<br>طالبية الخدمة |        | اسم الجهة طالبة الخدمة |  |
| المدينة                       | الهاتف | الفاكس                 |  |

|                              |   |          |  |                                   |                              |                          |  |
|------------------------------|---|----------|--|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| بيانات<br>المستشار (التقديم) | الاسم الرباعي لعضو هيئة التدريس / الطبيب الذي سيقوم بتقديم الخدمات الاستشارية |          | الاسم  | الأب                              | الجد                         | اللقب                    |  |
|                              | الكلية / الإدارة  |          | القسم  | التخصص                            |                              |                          |  |
|                              | الدرجة العلمية  |          | ( ) استاذ<br>( ) استاذ مشارك<br>( ) طبيب استشاري | الرقم الوظيفي                     | الجوال                       |                          |  |
|                              | مكافأة المستشار يستلمها من الجهة طالبة الخدمة                                 |          | <input type="checkbox"/>                         | مكافأة المستشار يستلمها من المعهد |                              | <input type="checkbox"/> |  |
| يبدأ من قبل عضو هيئة التدريس | عدد الساعات في الشهر الواحد   | ( ) ساعة | إجمالي عدد الأشهر                                | ( ) شهر                           | قيمة الساعة الواحدة للمستشار | ( ) ريال                 |  |
|                              | تبدأ من تاريخ   | / / هـ   | وتنتهي بتاريخ                                    | / / هـ                            |                              |                          |  |
|                              | عضو هيئة التدريس / الطبيب (المستشار المستفيد)                                 |          | الاسم : .....                                    |                                   | التوقيع                      |                          |  |

|                                      |  |               |                          |                                    |                          |
|--------------------------------------|--|---------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| اعتماد إدارة الكلية/المستشفى الجامعي | الموافقة على عمل المستشار الموضحة بياناته أعلاه بنظام الساعات على أن يتحمل كامل أعباءه الأكاديمية بالجامعة |               | <input type="checkbox"/> | عدم الموافقة                       | <input type="checkbox"/> |
|                                      | رئيس القسم   | التوقيع       | الاسم : .....            | اعتماد عميد الكلية / مدير المستشفى | التوقيع                  |
|                                      |  | الاسم : ..... |                          | الاسم : .....                      |                          |

|          |   |  |
|----------|---|--|
| الاعتماد | اعتماد عميد معهد البحوث والاستشارات                                   |  |
|          | عميد معهد البحوث والاستشارات<br>التوقيع<br>د/ عبدالله بن أحمد الغامدي |  |