



محضر مستشار تحت الطلب/ صحي

نأمل تعبئة جميع البيانات

بيانات الجهة طالبية الخدمة		اسم الجهة طالبة الخدمة	
المدينة	الهاتف	الفاكس	
الاسم الرباعي لعضو هيئة التدريس / الطبيب الذي سيقوم بتقديم الخدمات الاستشارية		اللقب	الاسم
الكلية / الإدارة	القسم	التخصص	الجد
الدرجة العلمية	() استاذ	الرقم الوظيفي	الجوال
	() استاذ مشارك		
() طبيب استشاري		() طبيب أخصائي	
<input type="checkbox"/> مكافأة المستشار يستلمها من الجهة طالبة الخدمة		<input type="checkbox"/> مكافأة المستشار يستلمها من المعهد	
عدد الساعات في الشهر الواحد	() ساعة	إجمالي عدد الأشهر	() شهر
قيمة الساعة الواحدة للمستشار	() ريال	تنتهي بتاريخ	/ / هـ
تبدأ من تاريخ	/ / هـ	الاسم :	التوقيع
عضو هيئة التدريس / الطبيب (المستشار المستفيد)			
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		اعتماد عميد الكلية / مدير المستشفى	
التوقيع		التوقيع	
الاسم :		الاسم :	
اعتماد عميد معهد البحوث والاستشارات			
عميد معهد البحوث والاستشارات			
التوقيع			
د/ عبدالله بن أحمد الغامدي			