



طلب منحة دراسية (الدراسات العليا)

صورة شخصية	يُعبأ من قبل الموظف	رقم الطلب: _____	تاريخ الاستلام: _____																																			
	اسم الطالب الرباعي (باللغة العربية حسب جواز السفر): _____ اسم الطالب الرباعي (باللغة الإنجليزية حسب جواز السفر): _____ الدولة المانحة: _____ الدرجة المطلوبة: ماجستير دكتوراة الاختصاص في الطب التخصص المطلوب (التخصص الدقيق): _____																																					
- المحافظة: _____ المدينة/القرية: _____ - الشوارع: _____ صندوق بريـد: _____ - رقم الهاتف: _____ رقم الخليوي الفلسطيني: _____ - البريد الإلكتروني: _____ - مكان الولادة: _____ تاريخ الولادة: _____ - رقم الهوية: _____ الجنس: ذكر أنثى - رقم جواز السفر: _____ الدولة التي صدر فيها: _____ - تاريخ الإصدار: _____ تاريخ الإنتهاء: _____ - الشهادات العلمية:																																						
<table><thead><tr><th>الدرجة العلمية</th><th>الجامعة / المدرسة</th><th>الدولة</th><th>سنة التخرج</th><th>التخصص</th><th>المعدل</th><th>التقدير العام</th></tr></thead><tbody><tr><td>الثانوية العامة</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>البكالوريوس</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>الماجستير</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>أخرى: _____</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				الدرجة العلمية	الجامعة / المدرسة	الدولة	سنة التخرج	التخصص	المعدل	التقدير العام	الثانوية العامة							البكالوريوس							الماجستير							أخرى: _____						
الدرجة العلمية	الجامعة / المدرسة	الدولة	سنة التخرج	التخصص	المعدل	التقدير العام																																
الثانوية العامة																																						
البكالوريوس																																						
الماجستير																																						
أخرى: _____																																						
- هل حصلت على قبول في إحدى جامعات الدولة التي ترغب الدراسة فيها لهذا العام؟ نعم لا - إذا كانت الإجابة "نعم" أذكر اسم الجامعة _____ التخصص _____ - الوظيفة الحالية: _____ المؤسسة: _____ تاريخ الالتحاق بالعمل: _____ - أذكر اثنين من أفراد عائلتك: 1- الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الخليوي الفلسطيني: _____ 2- الاسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الخليوي الفلسطيني: _____																																						

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وفي حال ثبت عكس ذلك أتحمل كافة المسؤوليات المترتبة.

توقيع الطالب: _____

ملاحظة: الطلب والوثائق المرفقة غير مستردة