

السيد الاستاذ الدكتور / عميد كلية طب الاسنان - جامعة الاسكندرية
تحية طيبة من الله وبعد ,,,
ارجو التكرم بالموافقة علي قبولي لدراسة درجة (الماجستير - الدكتوراة) في تخصص

م	اسم الماجستير باللغتين العربية والانجليزية	اسم الدكتوراه باللغتين العربية والانجليزية
1	الاستعاضة الصناعية في طب الاسنان Prosthodontics	الاستعاضة المتحركة في طب الاسنان Prosthodontics
	الاستعاضة السنية المثبتة Fixed Prosthodontics	الاستعاضة السنية المثبتة Fixed Prosthodontics
2	العلاج التحفظي للاسنان Conservative Dentistry	العلاج التحفظي للاسنان Conservative Dentistry
3	علاج الجذور Endodontics	علاج الجذور Endodontics
4	جراحة الفم والوجه والفكين Oral and Maxillofacial Surgery	جراحة الفم والوجه والفكين Oral and Maxillofacial Surgery
5	باثولوجيا الفم Orl Pathology	باثولوجيا الفم Orl Pathology
6	بيولوجيا الفم Oral Biology	بيولوجيا الفم Oral Biology
7	طب الفم و التشخيص Oral Medicine	طب الفم و التشخيص Oral Medicine
8	علاج اللثة Periodontology	علاج اللثة Periodontology
9	اشعة الفم Oral Radiology	اشعة الفم Oral Radiology
11	تقويم الاسنان Orthodontics	تقويم الاسنان Orthodontics
12	طب اسنان الاطفال Pediatric Dentistry	طب اسنان الاطفال Pediatric Dentistry
13	صحة الفم و طب الاسنان الوقائي Dental Public Health	صحة الفم و طب الاسنان الوقائي Dental Public Health
14	المواد الحيوية لطب الاسنان Dental Biomaterials	المواد الحيوية لطب الاسنان Dental Biomaterials
15	الماجستير الاكلينيكي في زراعة الاسنان Clinical Master Implantology	جراحة الوجه و الفك و التجميل Maxillofacial and Plastic Surgery

وذلك في العام الجامعي 2022/2021 فصل ربيع 2022
علما بأننى اعمل بوظيفية طبيب اسنان بجهة /
و تفضلوا بقبول فائق الاحترام ,,

مقدمة لسيادتكم

الاسم :

الوظيفية :

رقم التليفون الثابت /

رقم موبايل الواتساب /

البريد الالكتروني /

البرنامج الدولي

الرقم القومى /
التوقيع /

الرقم المرجعى للطالب:
الكلية/المعهد:

طلب التسجيل بالدراسات العليا بنظام الساعات
المعتمدة

البيانات الشخصية			
إسم الطالب بالكامل:			
تاريخ الميلاد: ----/--/----		محل الميلاد:	
النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		الجنسية:	
عنوان السكن:			
رقم المحمول:			
البريد الإلكتروني:			
رقم جواز السفر:		تاريخ الإصدار: ----/--/----	
الرقم القومى:		تاريخ الإصدار: ----/--/----	
الوظيفة:		جهة العمل:	
المؤهلات العلمية:			
الدرجة/الشهادة العلمية	الكلية	الجامعة	تاريخ الحصول على الدرجة
<input type="checkbox"/> بكالوريوس			----/--/----
<input type="checkbox"/> ليسانس			----/--/----
<input type="checkbox"/> دبلومة			----/--/----
<input type="checkbox"/> ماجستير			----/--/----
<input type="checkbox"/> دكتوراه			----/--/----

الدبلومات والدرجات العلمية المطلوب الإلتحاق بها:

<input type="checkbox"/> دبلومة	<input type="checkbox"/> ماجستير	<input type="checkbox"/> دكتوراه
القسم:	التخصص:	
الفصل الدراسي	الربيع <input type="checkbox"/> الخريف <input type="checkbox"/>	العام الجامعى: Choose an item.

أقرانا الطالب/ بأن جميع البيانات والمستندات المرفقة صحيحة وأنه لم يسبق لى الإلتحاق لدراسة الدبلومة أو الدرجة العلمية المتقدم لها وأننى غير مسجل لى دبلومة أو درجة علمية داخل جمهورية مصر العربية فى الوقت الحالى. وأتعهد بسداد الرسوم الدراسية المقررة فى مواعيدها المحددة وللكلية/المعهد الحق فى إلغاء تسجيلي أو توقيع أى إجراءات تأديبية فى حالة ثبوت عكس ذلك. هذا وأقر باننى على علم تام بألية التقدم والتنسيق للدراسات العليا بالكلية/المعهد وموافق عليها ولما تودى إليه سواء بالقبول أو بالرفض.

المرفقات	
<input type="checkbox"/> صورة بطاقة الرقم القومى	<input type="checkbox"/> 6 صور شخصية
<input type="checkbox"/> أصل شهادة الميلاد.	<input type="checkbox"/> شهادة إستيفاء مستوى اللغة طبقاً لقرارات مجلس الجامعة.
<input type="checkbox"/> أصل شهادة البكالوريوس/الليسانس	<input type="checkbox"/> صورة من موقف التجنيد للذكور.
<input type="checkbox"/> صورة السجل الدراسى.	<input type="checkbox"/> محتوى العلمي (من خارج جامعة الإسكندرية / جامعة غير حكومية).
<input type="checkbox"/> شهادة المعادلة من المجلس الاعلى للجامعات (فى الحالات التى تتطلب ذلك)	<input type="checkbox"/> ايصال سداد الرسوم.

----/--/----

التاريخ

التوقيع/

مقدمه الاسم/

روجعت بيانات الطالب ووجدت مطابقة للبيانات الواردة بالمستندات والطلب مستوفى لشروط التقدم طبقاً للقوانين واللوائح والقواعد المعمول بها فى هذا الشأن

الموظف المختص مدير إدارة الدراسات العليا

رأى مجلس القسم

وافق / لم يوافق مجلس القسم بجلسته المنعقدة بتاريخ --/--/--- على تسجيل الطالب بالقسم

توقيع المرشد الأكاديمي للطالب
توقيع وكيل الكلية/المعهد للدراسات العليا والبحوث أ.د./
توقيع رئيس مجلس القسم أ.د./

الاسكندرية في / / 2000

اقرار

أقر انا طبيب الاسنان /
المتقدم لدرجة /
نظام الساعات المعتمدة فصل /
بأنه في حالة عدم قبولي للدراسة هذا الفصل سوف احضر في خلال شهر من تاريخ اعلان النتيجة
لاستلم ملفي و في حالة عدم حضوري خلال تلك المدة تكون الادارة غير مسئولة عن الملف او الاوراق
الموجودة فيه .
وهذا اقرار مني بذلك ,,

المقر بما فيه

/ الاسم
/ التوقيع
/ رقم التليفون

الاسكندرية في / / 2000

اقرار

اقر انا طبيب الاسنان /
المتقدم لدرجة /
نظام الساعات المعتمدة فصل /
بانني على علم بالقواعد والاجراءات الخاصه بالقبول وكذلك قواعد المفاضله التي يتم على اساسها
الاختيار من بين المتقدمين والمعلن عنها داخل ادارة الدراسات العليا بالكلية وليس لى حق الرجوع على
الكلية

وهذا اقرار مني بذلك ,,

المقر بما فيه

الاسم /
التوقيع /
رقم التليفون /

اقرار

انا اننى اعلنت بلائحة الدراسات العليا و نسب الغياب و الحضور الملزمة لاستكمال متطلبات المقررات الدراسية و انه لا يوجد ما يعيقنى ادرايا اة صحيا من الالتزام التام بمواعيد الدراسة طبقا لنظام ساعات المعتمدة و اننى مسئول مسؤولية تامة عن اثبات حضورى فى كافة الحصص النظرية و العملية لدرجة بكلية طب الاسنان جامعة الاسكندرية .

المقر بما فيه :

اثبات الشخصية :

التاريخ :

التوقيع :

الأوراق المقدمه من طبيب الاسنان /
المتقدم لدرجة الماجستير / الدكتوراة بقسم شعبة
للعام (2022/2021) فصل ربيع 2022

أوراق تخص جميع الطلاب	
	اصل شهادة البكالوريوس (موضح بيها المعادلة للجامعات الخاصة)
	أصل شهادة تقدير المواد للبكالوريوس
	شهادة بدرجة مادة التخصص (المتقدمين ماجستير فقط)
	أصل شهادة الامتياز
	أصل شهادة الميلاد (المميكنة)
	صورة من بطاقة الرقم القومى
	عدد 4 صور فوتوغرافية
	شهادة اللغة الانجليزية :
	45 درجة للتوفيل الانترناشونال (IBT)
	5.5 درجات (lelets) academic
	450 درجة للتوفيل من أميديست (ITP)
	شهادة الماجستير للمتقدمين للدكتوراة :
	موضح بها CGPA للحاصلين على الماجستير بنظام الساعات المعتمدة
	او التقدير العام للنظام القديم .
	موافقة جهة العمل :
	اطباء الاسنان العاملين بوزارة الصحة يتم ترشيحهم عن طريق وزارة الصحة
	اطباء الاسنان العاملين بالتأمين الصحى يتم ترشيحهم من الهيئة العامة للتأمين الصحى .
	موافقة القسم على التسجيل للمعيدين و المدرسين المساعدين و النواب و الطبيب الثالث .
	لا يوجد موافقة جهة عمل.

- يتم استيفاء الاوراق المطلوبة لتقديم لدرجة الماجستير بقسم شعبة

توقيع الطالب /

توقيع مستلم الملف /

- تم استلام ملف طالب