



كلية الطب - جامعة أسيوط



مركز الإنعاش القلبي الرئوي

السيد الأستاذ الدكتور / عصام عزت عبد الحكيم المشرف على مركز الإنعاش القلبي الرئوي

تحية طيبة وبعد ،،،،

الرجاء من سعادتكم التكرم بالموافقة على تبديل موعد إشتراكى بدورة الإنعاش القلبي الرئوى

	<u>المتقدم للأطفال (PALS)</u>	<u>المتقدم (ACLS)</u>	<u>الأساسي (BLS)</u>
		<u>أخرى</u>	<u>الإسعافات الأولية (first aid)</u>

<u>إلى موعد</u>	<u>بتاريخ :</u>
	<u>سبب التبديل :</u>
	<u>المشتراك البديل :</u>

وتفضلاً سعادتكم بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،،،

المشتراك البديل :-

المشتراك :-

الاسم :

الاسم :

القسم :

القسم :

الدرجة :

الدرجة :

الموبايل :

الموبايل :

التوقيع :

التوقيع :