

صورة شخصية

إستمارة الرعاية الطبية

للعام الجامعىم٢٠ /م٢٠

تحريراً في: / /م٢٠

اسم الطالب:

الفرقة الدراسية:

عنوان الطالب:

رقم التليفون:

الرقم القومي:

رقم المحمول:

هل تعاني من أي أمراض مزمنة: (نعم / لا)

الحالة المرضية: (حديث / قديم)

إذا كانت الاجابة "نعم" أذكر:

أنواع الأدوية المستخدمة:

المستندات المطلوبة لاستخراج البطاقة الصحية:

١. صورة من إيصال سداد الرسوم الدراسية

٢. عدد (٢) صورة شخصية للطالب / الطالبة

٣. عنوان ورقم تليفون ولي الأمر للاتصال به في حالة الطوارئ

إقرار

أقر أنا الطالب / الطالبة:

المقيد بكلية التمريض جامعة المنيا

بأن جميع البيانات المدونة في الإستمارة صحيحة وعلى مسنوليتي وقد تم إستيفاء كافة المستندات المطلوبة مني.

وهذا إقرار مني بذلك

المقر بما فيه الطالب / الطالبة

الرسالة:

تضمن رسالة كلية التمريض جامعة المنيا في كونها تعد خريجها ليكونوا صفة من المتمكنين القادرين على المناهضة في المجال التمريضي على الصعيد القومي وفقاً لمعايير الجودة الخاصة بالهيئة القومية للجودة والاعتماد وكذلك القيام بدور فعال في حل المشكلات الصحية للمجتمع من خلال تطبيق برامج تعليمية متطورة، وكذلك القيام بدور فعال في خدمة المجتمع وتنميته والمشاركة في البحث العلمى وتطبيقاته و التنمية الذاتية و تمريضية متميزة.

الرؤية:

تتطلع كلية التمريض جامعه المنيا ان تكون مركزاً متميزاً في تعليم التمريض والقيام بالأنجيات العلمية لتطوير الأداء وتقديم خدمات صحية وتمريضية متميزة.