



استبيان فرص التدريب التعاوني CO-OP TRAINING QUESTIONNAIRE

Information about the Training Company

معلومات عن جهة التدريب

Name of Company		اسم المؤسسة/الشركة	
Phone:	هاتف:	Address:	العنوان:
Fax:	فاكس:		
Phone:	هاتف:	Training Supervisor:	اسم الموظف المشرف على التدريب:
Fax:	فاكس:	Job Title:	مسمى الوظيفة:

Student Name:		اسم الطالب:	
KFUPM I.D.:	الرقم الجامعي:	Major:	التخصص:
Brief training description:		وصف مختصر لطبيعة التدريب:	

Trainee Benefits

مميزات التدريب

Other Benefits:	مميزات أخرى:	Salary per Month:	راتب التدريب شهريا:
Will Housing Accommodation be provided for the trainee?		Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل سيروفر السكن؟:

Department Approval (at KFUPM)

موافقة القسم الأكاديمي بالجامعة

Dept. Stamp ختم القسم			
Date:	التاريخ:	Signature:	التوقيع:
Name of Coordinator:		اسم منسق البرنامج:	

Please fill this form and send to:

الرجاء إرسال البيانات المذكورة أعلاه على العنوان التالي:

Assistant Dean for Educational Affairs

وكيل عمادة شئون الطلاب للشئون التعليمية

KFUPM - P.O. Box 5025

جامعة الملك فهد للبترول والمعادن - ص.ب. ٥٠٢٨

Dhahran 31261

الظهران ٣١٢٦١

Phone: (03)-860-2954 or 2956

Fax: (03)-860-2619 فاكس:

هاتف: ٨٦٠٢٩٥٤ أو ٨٦٠٢٩٥٦