



جامعة الملك سعود بن عبدالعزيز للعلوم الصحية  
King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences  
. Riyadh . Jeddah . Al Ahsa

## Business Card Design Form

URM Use Only:

الإدارة العامة للعلاقات الجامعية والإعلام  
University Relations and Media Affairs

Date Submitted: \_\_\_\_\_

Ref. No.: \_\_\_\_\_

I hereby confirm that the information provided by me on my Business Card Form regarding my work details is to the best of my knowledge true.

**\*All fields must be completed to be approved in both languages**

أقر وأؤكد بأن جميع المعلومات الواردة أدناه والمكتوبة في هذا النموذج بواسطتي والموضحة فيه معلوماتي والمتعلقة بتفاصيل عملي الخاصة بي كلها صحيحة.

**\*جميع الحقول يجب أن تكون مكتملة لكي يتم قبول الطلب باللغتين**

First name: ..... **Norah** .....

الاسم الاول / ..... **نوره** .....

Family name: ..... **AlShahrani** .....

اسم العائلة / ..... **الشهراني** .....

Position : ..... **Audiovisual Technician I** .....

الوظيفة / ..... **فني سمعيات و مرئيات اول** .....

Full address : ..... **King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences  
College of Applied Medical Sciences - Jeddah,  
Information Technology Department.** .....

العنوان / ..... **جامعة الملك سعود للعلوم الصحية , كلية العلوم الطبية التطبيقية  
جدة , قسم تقنية المعلومات** .....

E-mail 1: ..... **alshahrano@ngha.med.sa** .....

البريد / 1 ..... **lshahrano@ngha.med.sa** .....

E-mail 2: ..... **alshahrani@ksau-hs.edu.sa** .....

البريد / 2 ..... **alshahrani@ksau-hs.edu.sa** .....

Cellphone : ..... **0966 53 548 5311** .....


رقم الجوال / ..... **0966535485311** .....

Phone # : ..... **0966.12.2246666** ..... Ext: ..... **46172** .....

رقم الهاتف / ..... **0966122246666** ..... التحويلة / ..... **46172** .....

Page #: ..... **4292892** .....

الرقم الوظيفي / ..... **4292892** .....

Signature: .....  .....

التوقيع / .....  .....

Date : ..... **15/03/2017** .....

التاريخ / ..... **15/03/2017** .....

### UNIVERSITY RELATIONS & MEDIA AFFAIRS USE ONLY

Reviewed by: .....

Signature: .....

Date : .....

Designer Signature : .....

Date : .....

Department Head Approval: .....

Date : .....

جامعة .. لصحة وطن