



نموذج الموافقة على تقييم بحث  
Approval Form for Evaluation of a Research

Project No. : ----- : رقم البحث  
أسبوعين من تاريخ استلام التقرير النهائي : موعدا إرسال التقييم  
Review Due Date : Two weeks from the date of receiving the final report  
Compensation : ريال سعودي ----- S.R. : مكافأة التقييم

Reviewer Name : إسم المقيم :

Family Name إسم العائلة	Middle Names إسم الأب و الجد	First Name الإسم الأول

Mailing Address	المراسلة
Telephone	الهاتف
E-mail	البريد الإلكتروني

يرجى التكرم بسرعة إرسال هذا النموذج فور موافقتكم على تقييم البحث إلى العنوان التالي:  
مركز الأبحاث الطبية – جامعة جازان – ص. ب. ١١٤ جازان - المملكة العربية السعودية ( فاكس رقم : ٣٢١٧٥٤٠ - ٧ - ٩٦٦ )

You are kindly requested to send back this form with your acceptance to the following address:

Medical Research Center, Jazan University. P.O. Box 114 Jazan, Kingdom Saudi Arabia. OR Fax to : +966-7-3217540

I agree to review by the above date	أوافق على التقييم في الموعد المحدد
-------------------------------------	------------------------------------

I can't review by the above date. Herewith, I return the material to you and I suggest the following reviewers:	لا أوافق على التقييم في الموعد المحدد ومعاد لكم المرفقات وأرشح لكم المقيم التالي
---	--

Name	الإسم
Address	العنوان
Telephone	الهاتف
E-mail	البريد الإلكتروني

Signature

التوقيع