



نموذج مشاركة العيادات المتنقلة الخاصة بكلية طب الاسنان

مقدم الطلب		
		الاسم :
المنصب :		رقم المنسوب
رقم الجوال		القسم
		اسم الفعالية :
		مكان إقامة الفعالية
مدة الفعالية :		تاريخ الفعالية :
وحتى الساعة :		بداية من الساعة :

المشرف على الفعالية المقامة من أعضاء هيئة التدريس		
		الاسم :
رقم الجوال		القسم

ملاحظات	التوقيع	الاسم	المنصب
<input type="checkbox"/> تم الاطلاع		د/شريف سيد علي	المشرف على العيادات المتنقلة
<input type="checkbox"/> تم التنسيق وعمل الازم		أ / ميعاد بنت ظافر الشهري	المنسق الفني للعيادات المتنقلة
<input type="checkbox"/> تم الاطلاع		أ/هشام بن محمد الافغاني	مدير إدارة كلية طب الاسنان

سعادة وكيل الكلية للتطوير والجودة سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .. أما بعد ، ،

نفيد سعادتكم برغبة مقدم الطلب حسب ما هو موضح أعلاه في مشاركة العيادات المتنقلة ، وقد تم دراسة الطلب وتمت التوصية

الموافقة على مشاركة العيادات المتنقلة في الفعالية المذكورة واكمال الازم .

عدم الموافقة على مشاركة العيادات المتنقلة في الفعالية المذكورة .

وتقبلوا خالص تحياتي وتقديري ، ،

المشرف على مكتب خدمة المجتمع والعمل التطوعي

د/ رهام بنت محمد السمان

تم الاطلاع وشكراً على جهودكم المبذولة لخدمة المجتمع والعمل التطوعي

وكلية كلية طب الاسنان

د. وعد بنت فهمي خياط

فصل
الاسنان

❖ ملاحظة : يجب تقديم الطلب قبل الفعالية بـ (٥) أيام على الأقل للتمكن من دراسته