



كلية طب الأسنان
وحدة تدريب أطباء امتياز الأسنان
Dental Internship Training Unit

إخلاء طرف

الاسم: الرقم الجامعي:

تقرر كلية طب الأسنان بان الموضح اسمه وبياناته أعلاه قد قام بتسليم جميع ما بعهدته من العهد المسلمة له وأكمل جميع المسوغات من قبل الجهات المذكورة أدناه وبذلك أصبح برئ الذمة و ليس لديه أي عهد يطالب بها.

مكتبة كلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
ادرة كلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
مستشفى كلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
المكتب الأكاديمي بكلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
معامل كلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
معمل الأبحاث طلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
مستودع كلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	
مشرف برنامج الامتياز بكلية طب الأسنان	
الاسم:	التوقيع:
المنصب:	

مكة المكرمة، ص.ب ٧١٥، هاتف: ٣٤٧-٢٥٢٨-٩٦٦٦