

إخلاء طرف

الإسم: الرقم الجامعي:

تقرر كلية طب الاسنان بان الموضح اسمه و بياناته 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 الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

ادارة كلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

مستشفى كلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

المكتب الاكاديمي بكلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

معامل كلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

معمل الابحاث كلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

مستودع كلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة:

مشرف برنامج الامتياز بكلية طب الاسنان	
التوقيع:	الاسم:
	الوظيفة: