



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

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

سلمه الله

سعادة وكيل الكلية للتطوير والجودة

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

وكيل الكلية للتطوير والجودة

د/ جميل بن عبدالسلام أبوالجدائل



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