**طلب الشراكة المجتمعية من جهة خارجية**

|  |  |
| --- | --- |
| **الجهة المقدمة للطلب** |  |
| **تاريخ التقديم**  |  | **مكان التنفيذ** |  |
| **مسؤول التنسيق في الجهة** |  | **تاريخ الفعالية** |  |
| **رقم تواصل منسق الجهة** |  | **عدد أيام الفعالية** |  |
| **مسؤول التنفيذ في الكلية** | **O مكتب خدمة المجتمع O النادي الطلابي** | **عدد المستفيدين في الجهة** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **نبذة عن الفعالية :**  |  |

|  |
| --- |
| **التجهيزات المطلوبة من الجهة المستضيفة** |
| **1/..........................................................****2/..........................................................****3/..........................................................****4/ ........................................................****5/.........................................................** |
|
| **التجهيزات المطلوبة من كلية طب الاسنان** |
| **1/..........................................................****2/..........................................................****3/..........................................................****4/ ........................................................****5/.........................................................** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مقدم الطلب في الجهة الخارجية** | **التوقيع** | **تاريخ التقديم** |
| الاسم: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **المسؤول عن التنفيذ في الكلية** | **اعتماد مكتب خدمة المجتمع** |
| الاسم: | الاسم: |
| التوقيع: | التوقيع: |