

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة المنيا
كلية طب الأسنان
شئون العاملين

السيد الدكتور / مدير اللجنة الطبية الفرعية /

مرسل لسيادتكم ..

الاسم / _____ الوظيفة / _____

تاريخ الانقطاع / _____ تاريخ الإبلاغ / _____

ملاحظات :-

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في / / ٢٠ :

أمين الكلية