



الرقم :

التاريخ :

المرفقات :

نموذج إخلاء الطرف الداخلي الخاص بمنسوبي كلية طب الأسنان

رقم الهوية/ الإقامة:
الوظيفة والرقم الوظيفي:
التوقيع:

الاسم:
سبب إخلاء الطرف:
رقم التواصل:

م	إخلاء الطرف من الوحدات والإدارة	اسم المسؤول	الوظيفة	اليوم والتاريخ	التوقيع
١	وحدة شؤون المكتبات				
٢	وحدة شؤون الطلاب				
٣	وحدة البحث العلمي وخدمة المجتمع				
٤	وحدة المعامل				
٥	إدارة العيادات				
٦	المستودع				
٧	إدارة الكلية				
٨	وكالة الكلية للشؤون الأكاديمية				
٩	وكالة الكلية للتطوير والجودة				

عميد كلية طب الأسنان
د/ أحمد محمد يحيى العسيري

الختم