

نموذج إخلاء الطرف الداخلي الخاص بمنسوبي كلية طب الأسنان

الاسم: رقم الهوية/ الإقامة:
سبب إخلاء الطرف: الوظيفة والرقم الوظيفي:
رقم التواصل: التوقيع:

| 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