



كلية طب الأسنان
FACULTY OF DENTISTRY

المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم
جامعة نجران
كلية طب الأسنان

الرقم :

التاريخ : / /

المرفقات :

نموذج طلب مفتاح مكتب بالكلية

NAME		الاسم
JOB		الوظيفة
Section		القسم
Job number		الرقم الوظيفي

رقم المكتب / تاريخ الاستلام: / / هـ

أتمهد بتسليم مفتاح المكتب رقم في حال الابتعاث أو إنهاء

الخدمة.

اسم المستلم : التوقيع:

بشأن تسليم مفتاح مكتب بالكلية

تم تسليم مفتاح مكتب رقم وتاريخ / /

مدير الإدارة

أحمد محمد آل صالح