

**طلب التقدم لامتحان مقرر غير مكتمل  
(Incomplete)**

السيرة الأستاذ الدكتور مدير برنامج الصيدلة الإكلينيكية

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة علي تقديمي لامتحان مقرر غير مكتمل (Incomplete) في  
مقرر ..... كود (.....) للفصل الدراسي:  
..... للعام الجامعي ..... علي أن أقوم بسداد رسوم الامتحان  
وقدرها ( ..... جنيه) في الموعد المحدد من إدارة البرنامج علماً بأنني تقدمت فيما سبق عدد  
..... مره في مقررات :

- .....
- .....
- صيدلة اكلينيكية
- صيدلة اكلينيكية لائحة جديده
- فارم دي صيدلة اكلينيكية
- فارم دي صيدلة اكلينيكية 2025

ونفضلوا سيادتكم بقبول وافر التحية ،،،

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب : .....

التوقيع : .....

كود الطالب : .....

التليفون : .....

التاريخ : ...../...../20.....