



طلب تسجيل الحد الأدنى من الساعات للتخرج

السيرة الأستاذ الدكتور / مدير البرنامج

تحية طيبة وبعد

برجاء التكرم من سيادتكم بالموافقة على تسجيلي عدد ساعات أقل من الحد الأدنى للتسجيل وهو (.....) ساعة وذلك لظروف التخرج حيث أنني مقيد ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة – جامعة المنصورة لائحة (.....) العام الجامعي (20...../20.....).

المقرر المراد تسجيله:

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الشكر والاحترام

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب :

التوقيع :

الرقم القومي :

التليفون :

التاريخ : 20...../...../.....