

نموذج (2)
تحويل إلى برنامج الصيدلة الإكلينيكية

السيرة الأستاذ الدكتور عميد الكلية

محبة طيبة وبعبر

مقدمه الطالب: المقيد بالمستوى (.....) ببرنامج
الصيدلة الإكلينيكية بكلية الصيدلة - جامعة برجااء التكرم بالموافقة على التحويل إلى
برنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة - جامعة المنصورة وأتعهد بسداد كامل الرسوم الدراسية
والإدارية التي تقوم إدارة الكلية بطلبها دون أدنى اعتراض على قيمة هذه المصروفات الدراسية
والإدارية كما أتعهد بالتزامى بكافة الشروط التي تضعها إدارة الكلية.

وتفضلوا بقبول وافر الشكر والاحترام

○ مرفق بيان الحالة

مقدمه

الاسم :

التوقيع:

تليفون المنزل : المحمول

تحريرا فى : / /