

الدكتور عميد كلية التمريض المحترم

بواسطة رئيس قسمالمحترم

تحية طيبة وبعد ،،،

ارجو التكرم بالموافقة على منحي إجازة لمدة () تبدأ من صباح يوم الموافق
وتنتهي مساء يوم الموافق /

اسم وتوقيع طالب الاجازة

موافقة رئيس القسم:

موافقة نائب العميد:

موافقة عميد الكلية :

Mu'tah/ Karak/ JORDAN/ P. O. Box: 7
E.mail : dean_med@mutah.edu.jo
Fax.: 962 3 2397180

مؤتة/ الكرك/ الاردن/ ص ب: 7
هاتف 962 3 2372380
فاكس 962 3 2397180
الديوان