**الأستاذ الدكتور عميد كلية طب الاسنان المحترم**

**بوساطة الأستاذ الدكتور نائب العميد المحترم**

**تحية طيبة وبعد ،،،**

 فأرجو التكرم بالموافقة على منحي إجازة لمدة ( ) يوم / أيام تبدأ من صباح يوم ...... الموافق / /2024 وتنتهي مساء يوم ....... الموافق / /2024.

اسم وتوقيع طالب الاجازة

موافقة / نائب العميد: ...............................................................

موافقة / عميد الكلية : ..............................................................