**الأستاذ الدكتور عميد كلية طب الاسنان المحترم**

**الأستاذ الدكتور نائب العميد المحترم**

نموذج تقديم عذر طبي

اسم الطالب : .............................................................

الرقم الجامعي : .........................................................

السنة الدراسية : ........................................................................

ارجو التكرم بالموافقة على قبول عذري ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

لتغبيبي عن امتحان : ....................................................................

يوم الامتحان :...........................

تاريخ الامتحان :........................

التوقيع :.................................

رقم الهاتف:..............................

نسخة : الدكتور مساعد العميد لشؤون الطلبة المحترم