

بسم الله الرحمن الرحيم



جامعة المنيا  
كلية الفنون الجميلة

السيد الاستاذ الدكتور / مدير العيادة الطبية الشاملة

- الاسم : \_\_\_\_\_  
تاريخ الانقطاع : \_\_\_\_\_  
تاريخ الابلاغ : \_\_\_\_\_  
تاريخ الجلسة : \_\_\_\_\_

السيد مدير العيادة الطبية الشاملة بـ  
الرجاء من سيادتك توقيع الكشف الطبي على المذكور مع افادتنا بالنتيجة ...  
وتفضلوا بقبول وافر الاحترام ..

امين الكلية

( )