



جامعة طنطا - كلية الصيدلة  
برنامج الصيدلة الإكلينيكية



طلب تعديل الأسم

السيد الأستاذ الدكتور/ عميد الكلية

تحية طيبة وبعد ،،،

- برجاء التكرم بالموافقة على تعديل أسمى حيث أنني مقيد بالمستوى / ..... للعام الجامعي .....

من / .....

إلى / .....

وذلك طبقاً للقرار وشهادة الميلاد المرفقين بالطلب.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مقدمه لسيادتكم

الطالب / .....

المستوى / .....

رقم التليفون / .....

تاريخ تقديم الطلب / .....