

إقرار حضور عيادة

Acknowledgment of Attending a Clinic

To whom it may concern: إلى من يهمه الأمر،،،

 This letter is to certify that Mr.\Ms.: تشهد كلية طب الأسنان بجامعة دار العلوم بأن:

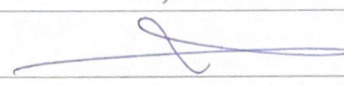
الإسم Name	عبد ربي فرهد بن غنام
رقم الملف File Number	11441
رقم الهوية ID Number	1104267255

was diagnosed \ Treated as a dental في حضر إلى عيادات الأسنان (للتشخيص/العلاج) في

 patient at College of Dentistry Hospital المستشفى الجامعي لطب الأسنان في جامعة

 [Dar Al Uloom University] دار العلوم:

اليوم و التاريخ Day and Date	الأحد ١٤/٤/٢٠٢٢	
التوقيت Time	<input checked="" type="checkbox"/> 9:00 am – 12:00 pm	الفترة الصباحية Morning Session
	<input checked="" type="checkbox"/> 2:00 pm – 5:00 pm	الفترة المسائية Afternoon session

الطبيب المشرف Doctor Supervisor		
الاسم Name	داريزان طين	
التوقيع Signature		
التاريخ Date	٢٠٢٢ / ٤ / ١٤	

عميد الكلية / مدير المستشفى الجامعي

 College dean, University Hospital Director



Dau.edu.sa\Dentistry Email: dentistry@du.edu.sa Phone: 0114949397

P.O Box 45142, Riyadh 11512 Northern Ring Road, Exit 7.

This document is not considered official unless it is authenticated by the official college seal

لا تعتبر هذه الوثيقة رسمية مالم توثق بختم الكلية الرسمي

