

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Ministry Of Education

KING ABDULAZIZ UNIVERSITY

FACULTY OF DENTISTRY
University Dental Hospital



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة الملك محمد العزيز
كلية طب الأسنان
مستشفى الأسنان الجامعي

نموذج إقرار استلام

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT FORM

I hereby confirm that I have received the logo of the Faculty of Dentistry and the University Dental Hospital on / /2018. And I pledge to use these logos in the required manner to be attached to the uniforms approved by the head of the department.

أقرأنا الموضحة بياناته أدناه بأنني استلمت شعار كلية طب الأسنان ومستشفى الأسنان الجامعي، وذلك يوم / / 1440هـ، وأتعهد بأن استخدم هذه الشعارات على الوجه المطلوب وذلك لتثبيتها على الزي المقرر والمعتمد للقسم بعد موافقة رئيس القسم.

Department:	_____	القسم:
Employee Name:	_____	اسم الموظف:
Job title:	_____	المسمى الوظيفي:
Job Number:	_____	الرقم الوظيفي:
Employee signature:	_____	توقيع الموظف:
Department supervisor:	_____	مشرف القسم:
Supervisor signature:	_____	توقيع مشرف القسم:
Security supervisor:	_____	مشرف قسم الأمن:
Security supervisor signature:	_____	توقيع مشرف قسم الأمن: