Zarqa University
Deanship of Dentistry

جامعة الزرقاء
عمادة كلية طب الأسنان

No. : ……

Date:……

الرقم:

التاريخ: / /

الموافق: / /

أ.د. عميد كلية طب الأسنان المحترم

الموضوع : نموذج رفع المعدل

أنا الطالب …… الرقم الجامعي ……

مستوى السنة ……

أرغب في التقدم لأمتحان الإكمال و لغايات رفع المعدل السنوي التراكمي في المواد التالية :

الرقم	اسم المادة	رقم المادة
1_		
2_		

الاسم:

التوقيع:

واقبلوا فائق الإحترام و التقدير،

Tel: 962-5-3821100 / Fax: 962-5-3821120
P.O. Box 2000 - Zarqa 13110 - Jordan
e-mail: dentistry@zu.edu.jo

هاتف 962-5-3821100 / فاكس 962-5-3821120
ص.ب 2000 – الزرقاء 13110 - الأردن
Web Site: http://www.zu.edu.jo