**جامعة طنطا**

**كليــة الطـــب**

**الدراسات العليا**

**ــــــــــــــــــــــــ**

**إذن توريد دراسات عليا**

**اسم الطبيب/**

**الدرجة/ دكتوراه**

**المبلغ قرش جنيه**

**30**

**الغرض من الدفع رسم جودة**

**الموظف المختص**

**جامعة طنطا**

**كليــة الطـــب**

**الدراسات العليا**

**ــــــــــــــــــــــــ**

**إذن توريد دراسات عليا**

**اسم الطبيب/**

**الدرجة/ دكتوراه**

**المبلغ قرش جنيه**

**30**

**الغرض من الدفع رسم جودة**

**الموظف المختص**