**مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

**استضافة (متحدثة – عضوة – اخصائية ) من مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

**أولاً/ معلومات عن الجهة**

|  |  |
| --- | --- |
| **الجهة** |  |
| **الغرض** |  |
| **المقرر** |  | **استاذة المقرر** |  |

**ثانياً/ الزمان والمكان**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اليوم** |  | **التاريخ** |  |
| **الساعة** |  | **المكان** |  |
| **الشخص المطلوب استضافته** |  |

**ثالثاً/ معلومات عن مقدم الطلب**

|  |  |
| --- | --- |
| **الاسم** |  |
| **الرقم الجامعي** |  |
| **رقم الجوال** |  |
| **التوقيع** |  |
| **ختم القسم** |  |

 **المشرفة على مركز الطالبات ذوات الاعاقة**

 **أ.مي بنت عبد الرحمن الفاخري**