



طلب إقامة معرض لذوى الإحتياجات الخاصة

	المكان المقترح لعقد معرض ذوى الإحتياجات الخاصة
	إسم الجهة
	إسم المسئول
	رقم التليفون
	البريد الإلكتروني
	عدد الأفراد
توقيت أساسى	تاريخ إقامة معرض ذوى الإحتياجات الخاصة
توقيت بديل	
التعاون	أوافق على تعليمات تنفيذ معرض ذوى الإحتياجات الخاصة https://www.mod.gov.eg/ModWebSite/ServiceDetailsAr.aspx?id=14

التوقيع/
رئيس-مدير/
الاسم/

العلم

الختم

