

صورة شمسية ٥x٤

الجامعة العربية  
مجلس وزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص

استمارة تسجيل التدريب

اسم المستشفى : -----  
القسم : -----  
القطر : -----  
الاسم الكامل : -----  
اسم الأب : -----  
اسم الام : -----  
الجنس : ذكر / أنثى  
الجنسية : -----  
مكان وتاريخ الولادة : ١٩ / /  
عنوان المتدرب : -----  
-----

هاتف : ----- فاكس : -----  
إجازة الطب : الجامعة التي منحتها : ----- سنة التخرج : -----  
سنة الامتياز (المعاودة) : قبل التخرج : ----- بعد التخرج : -----  
تاريخ بدء التدريب : / /  
شهادات ما بعد التخرج أو التدريب أو الاختصاص ان وجدت :  
١.  
٢.  
٣.  
اتعهد بان المعلومات التي أدليت بها صحيحة : التاريخ : / /  
اسم وتوقيع مقدم الطلب : -----

المشرف على التدريب

أنا الدكتور : -----  
أرشح مقدم الطلب للقبول للتدريب ضمن العدد المحدد  
توقيع المشرف على التدريب : -----  
التاريخ : / / م  
اعتماد رئيس القسم :  
الاسم : -----  
التوقيع : -----  
التاريخ : / / م  
المدير الطبي / مدير المستشفى : -----  
الاسم والختم الرسمي : -----