



جامعة الدول العربية  
مجلس الوزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص الجراحة العامة  
أختصاص دقيق جراحة الأورام

## استمارة تسجيل للتدريب

معلومات شخصية:

1. الاسم الكامل .....
- الاسم الاول ..... اسم الاب ..... اسم الجد.....
- الكنية ( العائلة)..... ( .....
2. الاسم باللغة الانكليزية (Full name in Capital letter)  
.....
3. تاريخ الولادة .....
- اليوم الشهر السنة
4. مكان الميلاد : المدينة ..... الدولة.....
5. الجنس : ذكر  انثى
6. الجنسية : .....
7. اسم المركز التدريبي الذي سجلت للتدريب فيه للاختصاص :  
.....
8. تاريخ بدء في أختصاص دقيق جراحة الأورام  
.....



جامعة الدول العربية  
مجلس وزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص الجراحة العامة  
أختصاص دقيق جراحة الأورام

9. تاريخ الحصول على شهادة المجلس العربي (او ما يعادلها من الشهادات).....  
10. مدة التدريب في اختصاص الجراحة العامة .....

11. اسم المستشفى الذي تم به التدريب لاختصاص الجراحة العامة

12. هل سبق ان تقدمت بطلب تسجيل للتدريب في احد برامج التدريب في المجلس العربي للاختصاصات  
الصحية ؟

نعم  لا

اذا كانت الاجابة " نعم " ، (اذكر اسم الاختصاص او الاختصاص الفرعي ) ان وجد، رقم التسجيل ،  
تاريخ الطلب

.....  
**العناوين:**

يجب ذكر العنوان البريدي الخاص بك و عنوان المركز التدريبي  
(أ) العنوان الحالي (العنوان الخاص) ورقم صندوق البريد

.....  
.....  
.....

رقم الهاتف ( رمز الدولة – رمز المنطقة – رقم الهاتف )

رقم الهاتف الجوال..... : .....

رقم الفاكس : ( رمز الدولة – رمز المنطقة – رقم الهاتف)

.....

عنوان البريد الالكتروني

.....



جامعة الدول العربية  
مجلس وزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص الجراحة العامة  
أختصاص دقيق جراحة الأورام

(ب). عنوان مركز التدريب (المستشفى – القسم – صندوق البريد)

.....  
.....  
رقم الهاتف ( رمز الدولة – رمز المنطقة – رقم الهاتف).....  
رقم الفاكس : ( رمز الدولة – رمز المنطقة – رقم الهاتف).....

### رسائل التوصية:

اذكر اسماء ومناصب وعناوين (وصندوق البريد ) والهواتف الشخصية والبريد الالكتروني  
للاشخاص الثلاثة الذين طلبت منهم التقدم كتب توصية خاصة بك للمجلس العربي للاختصاصات  
الصحية لدعم هذه الاستمارة ، الرجاء اختيار الافراد الذين هم اكثر دراية بدراستك الاكاديمية  
ومهاراتك العلمية والعملية.

يجب ان ترسل التوصية مباشرة الى الامانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الصحية

.1

.2

.3



### تعهد وقرار ، اتفاقية و تفويض:

1. اتعهد ان اقوم بابلاغ المجلس العربي للاختصاصات الصحية كتابة و بشكل فوري حال حدوث امر يجعل اجاباتي على الاسئلة في هذه الاستمارة غير صحيحة ، مع انها كانت صحيحة حين تعبئة الاستمارة ، كما انني افهم ان اي تخلف عن ابلاغ المجلس العربي للاختصاصات الصحية باي تغييرات يمكن ان تلغي تسجيلي الذي تم وفقا لهذه الاستمارة.
2. اقر بان اتقدم بهذا الطلب للتسجيل في المجلس العربي للاختصاصات الصحية او التسجيل في احد برامج التدريب في المجلس هو تحويل مني للمجلس العربي لاجراء اي نوع من الاتصالات والاستفسارات فيما يخص المعلومات الواردة في طلب التسجيل . كما افوض المجلس العربي صلاحية اعطاء او كشف المعلومات الخاصة بي الى الهيئات والجهات التي تمنح التراخيص والى المستشفيات والهيئات التي اتقدم بها بغرض التعيين في حال طلبها
3. اشهد بان المعلومات التي قمت بتدوينها في هذه الاستمارة كاملة و دقيقة و انني ادرك ان اية ادلة او وثائق غير صحيحة او مزورة وجدت في وقت لاحق ستكون سبباً أساسياً للفصل من البرنامج . وبناء عليه اعطي موافقتي على الاتصال بمدراء البرامج الطبية السابقة او شخص/مؤسسة مذكورة في هذه الاستمارة او ملحقاتها لمزيد من الاستيضاح او الاستفسار.

### مقدم الطالب

الاسم الكامل

.....

.....  
التوقيع

.....

التاريخ...../...../.....

السنة

الشهر

اليوم



جامعة الدول العربية  
مجلس وزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص الجراحة العامة  
أختصاص دقيق جراحة الأورام

### تعهد مشرف التدريب

أوافق على قبول و الاشراف على تدريب الطبيب.....  
في برنامج ..... وذلك ضمن العدد المسموح به للتدريب  
المحدد من قبل لجنة  
التدريب والاعتراف.

التاريخ	التوقيع	الأسم	
			المشرف على التدريب
			رئيس قسم أو وحدة جراحة الأورام
			مدير مركز التدريب / المستشفى

أعتماد الهيئة / اللجنة المحلية :