

صورة شخصية



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
الأمانة العامة

طلب دخول امتحان

الامتحان السريري والشفوي

الامتحان النهائي الكتابي

الامتحان الأولي

الاختصاص:

مركز التدريب: المدينة: الدولة:

الاسم باللغة العربية (حسب جواز السفر):

.....

الاسم باللغة الانكليزية (حسب جواز السفر):

.....

الجنس: ذكر أنثى الجنسية:

رقم الجوال مع رمز الدولة:

رقم الهاتف مع رمز الدولة والمدينة:

عنوان البريد الالكتروني بشكل واضح:

مكان الإقامة الحالي:

تاريخ بدء التدريب: / /
(اليوم / الشهر / العام الميلادي)

لا

نعم

هل سبق لك التقدم للامتحان:

إذا كانت الإجابة بنعم اذكر عدد المرات:



المركز الامتحاني المراد التقدم به حسب الأفضلية:

- 1
- 2
- 3

تعهد الطبيب

أنا الطبيب المتقدم للامتحان المشار إليه أصرح بأنني ملتزم

بالأنظمة والإجراءات الخاصة بالامتحان.

تاريخ تقديم الطلب: / / م

التوقيع:

خاص بمركز التدريب

إن الطبيب المتدرب بمركز

في اختصاص قد استوفى كافة الشروط المطلوبة لدخول:

الامتحان السريري والشفوي

الامتحان النهائي الكتابي

الامتحان الأولي

التاريخ	التوقيع	الاسم	
			المشرف على التدريب
			رئيس القسم

الختم الرسمي لمركز التدريب