



استمارة تسجيل التدريب

التعليمات:

1. تعبئة الاستمارة كاملة وتوقيعها من المشرف على التدريب ورئيس القسم ومدير مركز التدريب وختمها من مركز التدريب.
2. إحضار الوثائق التالية:
 - خطاب رسمي يبين القبول للتدريب في أحد مراكز التدريب المعتمدة من قبل المجلس العربي للاختصاصات الصحية في بلد الإقامة صادر عن الهيئة المحلية ان وجدت.
 - كتاب رسمي من مركز التدريب يبين تاريخ بدء التدريب.
 - صورة طبق الأصل عن شهادة البكالوريوس معترف بها في بلد مركز التدريب.
 - صورة طبق الأصل عن شهادة الامتياز.
 - صورة عن جواز السفر ساري المفعول.
 - صور شخصية عدد (2) وكتابة الاسم خلف الصورة.
3. تسديد الرسوم المالية المطلوبة.
4. إرسال استمارة التسجيل مع المرفقات والرسوم المقررة إلى الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الصحية عن طريق المجالس أو الهيئات المحلية في الدول العربية. وفي حال عدم وجودها إرسالها عن طريق البريد السريع.

وسائل التواصل والعناوين تجدونها على الموقع الإلكتروني: www.arab-board.org



..... الاختصاص:

..... مركز التدريب:

..... المدينة: الدولة:

معلومات شخصية (حسب جواز السفر):

..... الاسم الأول اسم الأب اسم الجد اللقب/العائلة:

..... الاسم باللغة الانكليزية:

..... الجنس: ذكر أنثى الجنسية:

..... تاريخ الولادة: / / (اليوم/الشهر/العام الميلادي)

..... مكان الولادة (المدينة): (الدولة):

..... رقم الجوال مع رمز الدولة (مفعل عليه تطبيق WhatsApp):

..... عنوان البريد الالكتروني الشخصي بشكل واضح:

معلومات عن شهادة البكالوريوس و فترة الامتياز:

..... البكالوريوس في: سنة المنح:

..... الجهة المانحة: فترة الامتياز من إلى

شهادات ما بعد البكالوريوس (إن وجدت):

..... اسم شهادة الاختصاص أو الاختصاص الدقيق:

..... سنة المنح: الجهة المانحة:

معلومات التدريب:

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

..... مستوى التدريب الحالي:

هل تم ترقيين القيد سابقاً: نعم لا

..... إذا كانت الإجابة نعم اذكر السبب:



تعهد وإقرار خاص بالطبيب

أتعهد بأن المعلومات التي قمت بتعبئتها في هذه الاستمارة كاملة ودقيقة وأدرك أن أية أدلة أو وثائق غير صحيحة أو مزورة إن وجدت ستكون سبباً للفصل من البرنامج وعليه أعطي موافقتي على الاتصال بمدراء البرامج الصحية السابقة أو أي شخص / مؤسسة مذكورة في هذه الاستمارة أو ملحقاتها لمزيد من الاستيضاح أو الاستفسار.

اسم مقدم الطلب:

تاريخ تقديم الطلب: / / (اليوم/الشهر/العام الميلادي) توقيع الطبيب:

تعهد مشرف التدريب

أوافق على القبول والإشراف على تدريب الطبيب:

في برنامج اختصاص وذلك ضمن العدد المسموح به من قبل المجلس العربي.

| التاريخ | التوقيع | الاسم | |
|---------|---------|-------|------------------------------|
| | | | المشرف على التدريب |
| | | | رئيس القسم |
| | | | مدير مركز التدريب / المستشفى |

الختم الرسمي لمركز التدريب

اعتماد المسجل العام