



طلب دخول امتحان

صورة شخصية

الامتحان الأولي

الامتحان النهائي المعرفي

الامتحان النهائي العملي

الاختصاص: الرقم المؤسسي (رقم التسجيل):

تاريخ الامتحان: / / (اليوم/الشهر/العام الميلادي)

مركز التدريب: المدينة: الدولة:

الاسم باللغة العربية (حسب جواز السفر):

الاسم باللغة الإنكليزية (حسب جواز السفر):

الجنس: ذكر أنثى الجنسية:

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

عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالمجلس العربي بشكل واضح:

.....

عنوان البريد الإلكتروني الشخصي بشكل واضح:

.....

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

هل سبق لك التقدم للامتحان: نعم لا

..... إذا كانت الإجابة نعم اذكر عدد المرات:

المركز الامتحاني المراد التقدم به حسب الأفضلية:

-1

-2

-3



تعهد الطبيب

أنا الطبيب المتقدم للامتحان المشار إليه أصرح بصحة المعلومات المقدمة وبالتزامي
بالأنظمة والإجراءات الخاصة بالامتحان.

تاريخ تقديم الطلب: / / (اليوم/الشهر/العام الميلادي) التوقيع:

خاص بمركز التدريب

إن الطبيب المتدرب في مركز

في اختصاص مستوفي كافة الشروط المطلوبة لدخول:

الامتحان النهائي العملي

الامتحان النهائي المعرفي

الامتحان الأولي

التاريخ	التوقيع	الاسم	
			المشرف على التدريب
			رئيس القسم

الختم الرسمي لمركز التدريب