

صورة شمسية

مقاس ٤ × ٥

جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة
اختصاص أمراض الكلى

طلب التقدم لامتحان السريري والشفوي لاختصاص أمراض الكلى

١. الاسم الكامل باللغة العربية :

.....

الاسم الكامل باللغة الإنكليزية :

.....

٢. مكان وتاريخ الميلاد الجنسية :

٣. عنوان المتدرب الدائم:

.....

رقم الهاتف: رقم الجوال :

رقم الفاكس:

البريد الإلكتروني:

٤. عنوان المتدرب الحالي :

.....

رقم الهاتف:

٥. اسم مركز التدريب (المشفى): المدينة :

٦. النقطر:

٧. تاريخ بدء التدريب في اختصاص أمراض الكلى : / /

٨. تاريخ النجاح في الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص أمراض الكلى / /

٩. هل سبق لك التقدم لهذا الامتحان : نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

أذكر عدد المرات: مرة واحدة مرتين ٣ مرات ٤ مرات ٥ مرات

١٠. المركز الامتحاني الذي يرغب إجراء الامتحان به على حسب ترتيب الرغبة:

١- ٢- ٣- ٤-

أنا الطبيب و المتقدم لامتتحان السريري والشفوي ، أقر بأنني
ملتزم بالأنظمة والإجراءات الخاصة بالامتحان . وأرفق المستندات التالية :

١. صورتان مقاس ٤X٥ مكتوباً عليها الاسم والتوقيع .

٢. الرسوم المطلوبة .

توقيع المتقدم

للاستعمال الرسمي

أؤكد أن الطبيب والمتدرب بمركز
مستوفياً لشروط المطلوبة للدخول لامتتحان السريري والشفوي لاختصاص أمراض الكلى .

رأي مشرف التدريب :

الاسم :

التوقيع :

التاريخ :

رأي رئيس القسم :

الاسم :

التوقيع :

التاريخ :