

صورة شمسية

مقاس 5 x 7

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

## طلب التقدم لامتحان النهائي الكتابي 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. القَطْر: .....

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

٨. استيفاء السجل العلمي والعملي موقع من رئيس القسم ومشرف التدريب : نعم  لا

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 لامتحان النهائي الكتابي ،

أقر بأنني ملتزم بالأنظمة والإجراءات الخاصة بالامتحان . وأرفق المستندات التالية :

١. السجل العلمي والعملي

٢. وثيقة تثبت إنهاء فترة التدريب المطلوبة (سنتين) لاختصاص أمراض الكلى .

٣. صورتان مقاس ٤X٥ مكتوباً عليها الاسم والتوقيع .

٤. الرسوم المطلوبة .

توقيع المتقدم

## للاستعمال الرسمي

أؤكد أن الطبيب ..... والمنتدرب بمركز

.....

مستوفياً للشروط المطلوبة للدخول للامتحان النهائي الكتابي لاختصاص أمراض الكلى .

رأي مشرف التدريب : .....

الاسم : .....

التوقيع : .....

التاريخ : .....

رأي رئيس القسم : .....

الاسم : .....

التوقيع : .....

التاريخ : .....