



## استمارة إعتاماد التدريب

### التعليمات:

1. تعبئة الاستمارة كاملة وتوقيعها من قبل الطبيب.
2. إحضار الوثائق التالية:
  - صورة طبق الأصل عن شهادة البكالوريوس معترف بها في بلد مركز التدريب.
  - صور طبق الأصل عن الشهادات العليا في الاختصاص.
  - بيان تفصيلي بالتدريب الذي تلقاه الطبيب والمتعلق بالشهادة العليا في الاختصاص.
  - خطاب توصية من رئيس القسم في المستشفى التي يعمل بها.
  - وثيقة خبرة من المشافي التي عمل بها منذ حصوله على الشهادة لحين تقديم الطلب.
  - صورة عن جواز السفر ساري المفعول.
  - صور شخصية عدد (2) وكتابة الاسم خلف الصورة.
3. إرسال الاستمارة والمرفقات عن طريق الهيئات المحلية أو مباشرة إلى المجلس العربي.
4. في حال الموافقة على الطلب بعد دراسته من قبل اللجنة المختصة تستوفي الرسوم بما يتناسب مع قرار الإعفاء الصادر عن المجلس والذي يتم إبلاغ الطبيب به.

صورة شخصية



## استمارة اعتماد التدريب

.....: الاختصاص:

معلومات شخصية ( حسب جواز السفر):

.....: الاسم الأول: ..... اسم الأب: ..... اسم الجد: .....

.....: اللقب/العائلة: .....

.....: الاسم باللغة الانكليزية:

.....: الجنس:  ذكر  أنثى .....: الجنسية: .....

.....: تاريخ الولادة: ..... / ..... / ..... مكان الميلاد (المدينة): ..... (الدولة): .....

( اليوم / الشهر / العام الميلادي )

.....: رقم الجوال مع رمز الدولة: .....

.....: رقم الهاتف مع رمز الدولة والمدينة: .....

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

.....: مكان الإقامة الحالي: .....

.....: مكان العمل الحالي: .....



معلومات عن شهادة البكالوريوس وفترة الامتياز:

البكالوريوس في: ..... سنة المنح: ..... الجهة المانحة: .....

فترة الامتياز من ..... إلى .....

الشهادات العليا في الاختصاص:

اسم الشهادة العليا في الاختصاص: .....

تاريخ المنح: ..... الجهة المانحة: .....

مكان التدريب: ..... عدد سنوات التدريب: .....

شهادات أخرى في التخصص الرئيسي أو التخصص الفرعي:

(1) اسم الشهادة: .....

تاريخ المنح: ..... عدد سنوات التدريب: .....

(2) اسم الشهادة: .....

تاريخ المنح: ..... عدد سنوات التدريب: .....

(3) اسم الشهادة: .....

تاريخ المنح: ..... عدد سنوات التدريب: .....

أتعهد بأن المعلومات التي قمت بتدوينها في هذه الاستمارة صحيحة ودقيقة.

اسم مقدم الطلب: .....

تاريخ تقديم الطلب: ..... / ..... / م

توقيع الطبيب: .....