



## استمارة اعتماد التدريب

### التعليمات:

1. تعبئة الاستمارة كاملة وتوقيعها من قبل الطبيب.
2. إحضار الوثائق التالية:
  - صورة طبق الأصل عن شهادة البكالوريوس.
  - 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. تسديد رسم تقديم الطلب
5. في حال الموافقة على الطلب بعد دراسته من قبل اللجنة المختصة تستوفي الرسوم بما يتناسب مع قرار الاعتماد الصادر عن المجلس والذي يتم إبلاغ الطبيب به.

علماً أن المدة المحددة لتقديم الطلبات هي من 1 تشرين الاول – اكتوبر من كل عام لغاية 31 كانون الثاني – يناير للعام الذي يليه

وسائل التواصل والعناوين تجدونها على الموقع الإلكتروني: [www.arab-board.org](http://www.arab-board.org)



صورة شخصية

الاختصاص: .....

### 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 (مفعّل عليه تطبيق WhatsApp): .....

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

مكان الإقامة الحالي: .....

مكان العمل الحالي: .....

### معلومات عن شهادة البكالوريوس و فترة الامتياز:

البكالوريوس في: ..... سنة المنح: .....

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

### الشهادات العليا في الاختصاص:

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

سنة المنح: ..... الجهة المانحة: .....

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



## شهادات أخرى في الاختصاص الرئيس أو الاختصاص الدقيق:

- ..... (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: ..... / ..... / ..... (اليوم/الشهر/العام الميلادي) توقيع الطبيب: .....