

The Arab League
**Council of the Health
Ministers**
The Arab Board of Medical
Specializations
General Secretariat



الجامعة العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات
الطبية
الأمانة العامة

هاتف ٠٠٩٦٣١١ ٦١١٩٢٤٩ - ٠٠٩٦٣١١ ٦١٣٤١٤٤

فاكس ٠٠٩٦٣١١٦١١٩٧٣٩ - ٠٠٩٦٣١١ ٦١١٩٢٥٩

الجمهورية العربية السورية - دمشق - ص.ب ٧٦٦٩

e-mail: mail@cabms.org

cabms@net.sy

website: www.cabms.org

استمارة تسجيل التدريب

الرجاء قراءة التعليمات التالية والالتزام بها بدقة:

تقع عليك مسؤولية الالتزام بملء المعلومات في استمارة التسجيل كاملة والتقيد بإرسال كافة الوثائق والمتطلبات التالية:

١. خطاب رسمي يبين قبولك للتدريب في أحد برامج الإقامة المعترف بها من قبل المجلس العربي للاختصاصات الطبية في البلد الذي ستلتقى فيه التدريب.
 ٢. صورة واضحة للدرجة الجامعية التي تم الحصول عليها من كلية الطب المعترف بها من قبل الجهات المعنية في بلدك . إذا كانت الدرجة الجامعية بغير اللغة العربية أو اللغة الإنكليزية ترسل ترجمة مصدقة لها.
 ٣. صورة مصدقة من السجل الأكاديمي .
 ٤. صورة عن شهادة إكمال الفترة الدوارة (المعاودة / الامتياز)
 ٥. صورة جواز السفر (أو صورة عن البطاقة الشخصية)، يجب أن تكون صورة طبق الأصل ومصدقة من الهيئة المحلية المعتمدة أو المركز التدريبي، ومن المهم التأكد من أن صورة جواز السفر تحتوي على الصفحات التي تحتوي الصورة الشخصية والمعلومات الخاصة بك وجهة إصدار الجواز وتاريخ صلاحية هذا الجواز.
 ٦. شهادة حسن السيرة والسلوك من الجهة التابع لها (إدارة المشفى أو المركز التدريبي).
 ٧. عدد (٤) صور شخصية ملونة حديثة (يكون خلف كل صورة الاسم الكامل مع التوقيع) من المهم التأكد بأن صورتك الشخصية تبين كامل الوجه و بحجم ومواصفات صورة جواز السفر وأن تكون حديثة (أخذت خلال الثلاثة أشهر الأخيرة التي تسبق تعبئة الطلب).
 ٨. السيرة الذاتية: يجب أن تحتوي على ما يلي :
 - تاريخ التخرج
 - توصيف دراستك في المرحلة الجامعية .
 - قائمة تحتوي على كل برامج التدريب أو البرامج الدراسية التي التحقت بها مابعد المرحلة الجامعية (الأولى) مرتبة وفق التسلسل الزمني مع ذكر مدة ومستوى كل برنامج .
 - قائمة بكل الوظائف المهنية مرتبة وفق الجدول الزمني مع ذكر نوع الممارسة بما في ذلك المشافي والاختصاصات والمدة الزمنية والمكان (تحديد المدينة / البلد)
- في حال وجود أي ثغرة في تواريخ مراحل التدريب والممارسة في سيرتك الذاتية يجب عليك توضيحها .**
٩. رسوم التسجيل: عليك إرفاق رسوم التسجيل مع استمارة الطلب ولن ينظر إلى أي طلب ما لم يكن مرفقا بهذه الرسوم . قيمة رسوم التسجيل الحالية ٢٠٠ دولار أمريكي، يتم تسديدها بواسطة حوالة بريدية باسم "المجلس العربي للاختصاصات الطبية" ، مع ملاحظة أن الشيكات الشخصية غير مقبولة .
- ترسل استمارة التسجيل مع المرفقات المفصلة أعلاه والرسوم المقررة إلى الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية بالبريد المسجل أو بواسطة البريد السريع ، وسيصلك إشعار باستلامنا طلبك ، وهذا الإشعار لايعني قبولك بصفة نهائية . وسيتم إشعارك بالقبول بعد استكمال الإجراءات اللازمة لذلك.
- ملاحظة هامة :لكي تتمكن من التواصل معك بصورة سلسلة يرجى كتابة عنوان البريد الالكتروني الخاص بك في استمارة التسجيل بصورة واضحة.**



الجامعة العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الطبية
----- المجلس العلمي لاختصاص -----

استمارة تسجيل تدريب

معلومات شخصية:

- (أ) الاسم الكامل:
- الاسم الأول اسم الأب اسم الجد
- الكنية/العائلة:
- (ب) هل كان اسم العائلة / الكنية مختلفا عن الاسم الذي ذكرته؟
نعم لا
- إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر الاسم السابق:
- (ت) الاسم باللغة الانكليزية (Full Name in Capital Letters):
.....

- (ث) تاريخ الولادة:
- (اليوم / الشهر / السنة)
- (ج) مكان الميلاد: المدينة الدولة
- (ح) الجنس: ذكر أنثى
- (خ) الجنسية:
- (د) اسم المركز التدريبي الذي سجلت للتدريب فيه للاختصاص:
.....
- المدينة: القطر:
- (ذ) اسم برنامج التدريب والتخصص الذي ترغب التدريب فيه:
.....
.....
.....

- (ر) هل سبق أن تقدمت بطلب تسجيل للتدريب في أحد برامج التدريب في المجلس العربي للاختصاصات الطبية؟
نعم لا
- إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر اسم الاختصاص أو الاختصاص الفرعي (إن وجد)، رقم التسجيل، تاريخ الطلب
.....
.....

العناوين:

يجب ذكر العنوان البريدي الخاص بك وعنوان المركز التدريبي :

(أ) العنوان الحالي (العنوان الخاص) مع رقم صندوق البريد:

.....
.....
.....
.....

رقم الهاتف (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف): (.....).

رقم الهاتف (رقم الجوال): (.....).

رقم الفاكس (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف): (.....).

عنوان البريد الإلكتروني:

(ب) عنوان المركز التدريبي (المستشفى والقسم وصندوق البريد):

.....
.....

رقم الهاتف (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف): (.....).

رقم الفاكس (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الفاكس): (.....).

معلومات عن دراسة الطب واللغة

(أ) اسم الدرجة (إجازة الطب):

(ب) تاريخ منحها:

(اليوم / الشهر / السنة)

(ج) اسم الجامعة / كلية الطب المانحة لشهادة البكالوريوس :

.....
.....

(د) عنوان الجامعة / كلية الطب المانحة لشهادة البكالوريوس:

.....
.....

(هـ) مدة الدراسة في الجامعة / كلية الطب:

من: إلى:

(الشهر / السنة) (الشهر / السنة)

(و) هل تلقيت جزءاً من دراسة الطب في جامعة أو كلية أخرى غير التي تخرجت منها؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر التفاصيل :

.....
.....

(ز) لغة التعليم في الجامعة أو كلية الطب التي منحتك شهادة الطب :

العربية الإنكليزية الفرنسية

لغة أخرى : تذكر؟

(ح) لغتك الأم هي:

(ط) اللغة الأساسية المعتمدة للعناية بالمرضى خلال مقابلتك ومعاينتك للمرضى في الجامعة أو كلية الطب التي منحتك شهادة الطب:

العربية الإنكليزية الفرنسية

لغة أخرى : تذكر؟

فترة الدوارة /المعاودة (الامتياز):

الفترة (من / إلى)

التخصص / اسم المركز الطبي/المستشفى التعليمي/ البلد/ (من / إلى)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ترخيص مزاولة المهنة:

الجهة المانحة للترخيص:

تاريخ منح الترخيص:

تاريخ انتهاء الترخيص:

..... جهة العمل الحالية:

المدينة: القطر:

عمل بدوام كامل عمل بدوام جزئي

شهادة ما بعد التخرج (إن وجدت):

اسم شهادة الاختصاص :

تاريخ منحها

(اليوم / الشهر / السنة)

اسم الفرع الطبي لشهادة الاختصاص (التخصص):

اسم الهيئة المانحة لشهادة الاختصاص:

الخبرات (تاريخ الممارسة):

ادرج أسماء كل الوظائف المهنية التي مارستها بعد تخرجك من كلية الطب وفق تسلسلها الزمني بما في ذلك برامج التدريب .

طبيعة العمل (الوظيفة) (من / إلى)

من الضروري توضيح أي انقطاع عن استمرار الممارسة لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر سواء بالنسبة للتدريب أو التسلسل التاريخي للممارسة الطبية .

السلوك المهني والأخلاق الطبية:

تتعلق الأسئلة التالية بالحرفية المهنية، السلوك، الأخلاق الطبية ومدى أهليتك لممارسة الطب. يتوجب عليك الإجابة على كل سؤال بحرص وأمانة. اسأل عن الأمور غير الواضحة قبل الإجابة على الأسئلة

ملاحظة هامة:

عن كل إجابة " نعم " عليك إعطاء التوضيح الكافي وإرفاق الوثائق اللازمة كلما دعت الحاجة (إذا كانت المسافة المعطاة للإجابة غير كافية يمكنك الإجابة في ورقة إضافية) . عدا ذلك لن ينظر المجلس العربي للاختصاصات الطبية في طلبك .
يمكن للمجلس العربي للاختصاصات الطبية أن يطلب في وقت لاحق طلب معلومات إضافية أو وثائق ثبوتية.
(أولاً): هل سبق أن انسحبت ، أو فصلت ، أو أوقف تسجيلك من قبل كلية الطب؟

نعم لا

(ثانياً): هل تغيبت أو انقطعت عن الدراسة خلال فترة الدراسة الجامعية الأولى (التعليم الطبي)؟

نعم لا

(ثالثاً): هل سبق أن تم التحقيق معك او مسألتك من قبل كلية الطب فيما يخص سوء السلوك الأكاديمي أو أي سلوك من نوع آخر؟

نعم لا

(رابعاً): هل سبق أن تم فصلك ، أو إيقافك عن الاستمرار في برنامج التدريب الطبي بعد التخرج؟

نعم لا

(خامساً): هل سبق أن انسحبت أو تقدمت بالاستقالة من برنامج التدريب الطبي بعد التخرج؟

نعم لا

(سادساً): هل سبق أن توقفت أو انقطعت عن ممارسة الطب لأي سبب من الأسباب لمدة ستة اشهر أو أكثر؟

نعم لا

وسائل التوصية :

اذكر أسماء ومناصب وعناوين، (صندوق البريد)، والهواتف الشخصية والبريد الإلكتروني للشخص الثلاثة الذين طلبت منهم ال تقدم بكتب توصية خاصة بك للمجلس العربي للاختصاصات الطبية لدعم هذه الاستمارة . الرجاء اختي-ار الأفراد الذين هم أكثر دراية بدراستك الأكاديمية ومهاراتك العلمية والعملية .

يجب أن ترسل رسائل التوصية مباشرة إلى الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.

-١

-٢

-٣

تعهد وإقرار، اتفاقية وتفويض

- (١) أتعهد أن أقوم بإبلاغ المجلس العربي للاختصاصات الطبية كتابة وبشكل فوري في حال حدوث أمر يجعل إجباتي على الأسئلة في هذه الاستمارة غير صحيحة، مع أنها كانت صحيحة حين تعبئة الاستمارة كما أنني أفهم أن أي تخلف عن إبلاغ المجلس العربي للاختصاصات الطبية بأي تغييرات يمكن أن تلغي تسجيلي الذي تم وفقاً لهذه الاستمارة .
- (٢) أقر بأن التقدم بهذا الطلب للتسجيل في المجلس العربي للاختصاصات الطبية أو التسجيل في أحد برامج التدريب في المجلس هو تخويل مني للمجلس العربي لإجراء أي نوع من الاتصالات والاستفسارات فيما يخص المعلومات الواردة في طلب التسجيل كما أفوض المجلس العربي صلاحية إعطاء أو كشف المعلومات الخاصة بي إلى الهيئات والجهات التي تمنح التراخيص والى المستشفيات والهيئات التي أتقدم بها بغرض التعيين في حال طلبها، أو أي جهات رسمية أخرى ذات صلة.
- (٣) أشهد بان المعلومات التي قمت بتدوينها في هذه الاستمارة هي كاملة ودقيقة. وإنني أدرك أن أية أدلة أو وثائق غير صحيحة أو مزورة وجدت في وقت لاحق ستكون سبباً أساسياً للفصل من البرنامج. وبناء عليه أعطي موافقتي على الاتصال بمدراء البرامج الطبية السابقة أو أي شخص/مؤسسة مذكورة في هذه الاستمارة او ملحقاتها لمزيد من الاستيضاح أو الاستفسار.

مقدم الطلب

الاسم الكامل

.....

التوقيع

.....

التاريخ: / /
(اليوم / الشهر / السنة)

تعهد مشرف التدريب

أوافق على قبول والإشراف على تدريب الطبيب
في برنامج وذلك ضمن العدد المسموح به للتدريب المحدد من قبل لجنة
التدريب والاعتراف

التاريخ	التوقيع	الاسم	
			المشرف على التدريب
			رئيس القسم
			مدير المركز التدريبي / المشفى

اعتماد الهيئة / اللجنة المحلية:



الجامعة العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الطبية

المجلس العلمي لاختصاص
الأمانة العامة

للاستعمال الرسمي

تاريخ وصول الطلب : / / م
تتأكد أمينة السر من استيفاء الوثائق التالية:

غير مستوفى	مستوفى	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١- جميع البيانات بطلب التسجيل مستوفاة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢- خطاب رسمي يبين القبول للتدريب في أحد برامج الإقامة المعترف بها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣- صورة عن إجازة الطب (الدرجة الجامعية)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤- السجل الأكاديمي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥- وثيقة عن قضاء سنة الامتياز (الدورة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦- شهادة حسن السير والسلوك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٧- السيرة الذاتية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٨- صورة عن جواز السفر / الهوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٩- أربع صور شخصية مدون عليها الاسم والتوقيع.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٠- استيفاء رسم التسجيل

لجنة التدريب والتوصيف

يقبل المتدرب :----- للتدريب في اختصاص:-----

ويمنح رقم التسجيل:-----

ويعتبر تاريخ بدء التدريب : / / م

توقيع رئيس لجنة التدريب والتوصيف

اعتماد رئيس المجلس العلمي

مراجعة ذاتية : بعد الانتهاء من ملء الاستمارة، يرجى مراجعة مايلي:

كافة البيانات المطلوبة في الاستمارة مستوفاة	<input type="checkbox"/>
كافة الوثائق المطلوبة مرفقة مع الاستمارة	<input type="checkbox"/>
خطاب رسمي يبين قبولك للتدريب في أحد برامج الإقامة المعترف بها	<input type="checkbox"/>
صورة مصدقة عن شهادة الطب (الدرجة الجامعية)	<input type="checkbox"/>
صورة مصدقة عن السجل الأكاديمي	<input type="checkbox"/>
صورة مصدقة عن شهادة إكمال فترة المعادة (الامتياز)	<input type="checkbox"/>
صورة مصدقة عن جواز السفر (أو البطاقة الشخصية)	<input type="checkbox"/>
شهادة حسن السير والسلوك	<input type="checkbox"/>
٤ صور شخصية حديثة	<input type="checkbox"/>
السيرة الذاتية مفصلة	<input type="checkbox"/>
رسوم التسجيل المطلوبة مرفقة	<input type="checkbox"/>