

الجامعة العربية  
وزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

استمارة تسجيل للتدريب

أسم المستشفى : ..... : القسم .....

القطر ..... : المدينة .....

الأسم الكامل .....

أسم الأب : ..... أسم الام .....

الأسم باللغة الانكليزية .....

الجنس : ذكر أنثى

مكان وتاريخ الميلاد .....

الحالة المدنية : أعزب متزوج

تاريخ بدء التدريب على الاختصاص .....

العنوان .....

هاتف: ..... الخليوي ..... : فاكس .....

البريد الالكتروني .....

إجازة الطب : الجامعة التي منحتها : ..... سنة التخرج .....

سنة الامتياز : قبل التخرج بعد التخرج

اتعهد بأن المعلومات التي أدليت بها صحيحة / / 200م

توقيع مقدم الطلب

أنا الدكتور ..... : ارشح مقدم الطلب للقبول بالتدريب ضمن العدد المحدد

توقيع المشرف على التدريب:

التاريخ / / :

أعتماد رئيس القسم :

..... الأسم.

..... التوقيع.

..... التاريخ.

الجامعة العربية  
مجلس وزراء الصحة العرب  
المجلس العربي للاختصاصات الطبية  
المجلس العلمي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

طلب لدخول الامتحان

\*\*\*\*\*

الامتحان

الامتحان النهائي الكتابي

الامتحان الاولي الكتابي

--	--	--

السريري

- 1- الاسم الكامل : \_\_\_\_\_
- 2- مركز التدريب:السنة الأولى \_\_\_\_\_  
المشرف وعنوانه \_\_\_\_\_  
السنة الثانية \_\_\_\_\_  
المشرف وعنوانه \_\_\_\_\_  
السنة الثالثة \_\_\_\_\_  
المشرف وعنوانه \_\_\_\_\_  
السنة الرابعة \_\_\_\_\_  
المشرف وعنوانه \_\_\_\_\_
- 3- عنوان المتدرب(للمراسلة) \_\_\_\_\_  
هاتف : \_\_\_\_\_ خلوي : \_\_\_\_\_ فاكس: \_\_\_\_\_  
البريد الالكتروني: \_\_\_\_\_
- 4- الجنسية: \_\_\_\_\_ مكان وتاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_
- 5- شهادة الطب الأولى : الجامعة التي منحتها: \_\_\_\_\_  
سنة التخرج: \_\_\_\_\_ الدورة: \_\_\_\_\_
- 6- سنة الامتياز:(الدوارة):قبل التخرج \_\_\_\_\_  
بعد التخرج: \_\_\_\_\_  
المكان: \_\_\_\_\_ السنة: \_\_\_\_\_
- 7- الشهادات العليا الحاصل عليها المتقدم ان وجدت:  
اسم الشهادة: \_\_\_\_\_ السنة: \_\_\_\_\_
- (1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- 8- مكان العمل الحالي: \_\_\_\_\_
- تاريخ التحاقك بالعمل: \_\_\_\_\_  
الدرجة ( المهنية أو الأكاديمية ان وجدت): \_\_\_\_\_  
رئيس القسم : \_\_\_\_\_  
عنوان رئيس القسم: \_\_\_\_\_ هاتفه: \_\_\_\_\_
- 9- الوظائف التي عمل بها المتقدم من تاريخ انتهاء تدريبه ( خلاف العمل الحالي)  
1- المكان: \_\_\_\_\_ المدة: من \_\_\_\_\_ الى \_\_\_\_\_  
2- المكان: \_\_\_\_\_ المدة: من \_\_\_\_\_ الى \_\_\_\_\_

- 10- تاريخ النجاح في الامتحان الاولي الكتابي / /  
تاريخ النجاح في الامتحان النهائي الكتابي / /  
11- المركز الامتحاني الذي يرغب إجراء الامتحان به حسب الرغبة:

1-----2-----3-----

- 12- أنا الطبيب :-----  
والراغب بالتقدم لامتحان المجلس العلمي لاختصاص طب العيون وجراحاتها , أقر بأني ملتزم بالأنظمة والاجراءات الخاصة بالامتحان , وأقر بصحة المعلومات الواردة في هذه الاستمارة وأرفق المستندات التالية:  
1) شهادة إجازة الطب الأولى أو صورة مصدقة عنها حسب الأصول صادرة من كلية يعترف بها المجلس.  
2) وثيقة تثبت السنة الدوارة ( الامتياز ) مكانها ومدتها حسب الأصول.  
3) وثيقة تثبت ان يكون المتقدم حاصلًا على ترخيص بمزاولة المهنة.  
4) وثيقة معتمدة تثبت مدة التدريب المطلوبة.  
5) شهادة أو شهادات التخصص الحاصل عليها المتقدم ( إن وجدت).  
6) ثلاث صور مقاس 4X4 حديثة ومكتوب عليها من الخلف الإمضاء.  
7) الرسوم المطلوبة.  
8) كشف مفصل بعدد ونوع العمليات الجراحية التي اجراها والاجراءات والكشوفات ( Log book ) للامتحان النهائي.  
أسم وتوقيع المتقدم  
أسم وتوقيع المشرف

تاريخ تقديم الطلب