

صورة شخصية

دولة ليبيا
مجلس التخصصات الطبية
نموذج اشتراك في امتحان الجزء الأول



لتخصص: _____

الاسم: _____ اسم الأب: _____ اسم الجد: _____ اللقب: _____

تاريخ الميلاد: _____ رقم الهاتف: _____ البريد الالكتروني: _____

العنوان: _____

تاريخ اجتياز امتحان القبول: _____/_____/_____

تاريخ بداية برنامج التدريب: _____/_____/_____

جدول برنامج التدريب

مركز التدريب	التخصص	تاريخ بداية التدريب	تاريخ انتهاء التدريب

إعتماد مشرف التدريب بالمركز: الاسم / _____ التوقيع: _____

إعتماد مشرف التدريب للتخصص: الاسم / _____ التوقيع: _____

إعتماد مشرف عام التدريب بالمركز: الاسم / _____ التوقيع: _____

إقر انا مقدم النموذج بأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج صحيحة وأنني اتحمل كافة المسؤولية بذلك .

التوقيع: _____ التاريخ: _____

المرفقات/

- صورتين مقاس 4 × 6

- رسوم الاشتراك