



دولة لبنان  
مجلس التخصصات الطبية  
نموذج اشتراك في امتحان الجزء الأول

صورة شخصية

لتخصص: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ اسم الأب: \_\_\_\_\_ اسم الجد: \_\_\_\_\_ اللقب: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ البريد الالكتروني: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

تاريخ اجتياز امتحان القبول: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

تاريخ بداية برنامج التدريب: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

مركز التدريب	_____
--------------	-------

إعتماد مشرف التدريب للتخصص بالمركز: الاسم / \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

إعتماد مشرف عام التدريب بالمركز: الاسم / \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

إعتماد مقرر التدريب للتخصص ( او مساعده ): 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
- رسالة استمرارية التدريب معتمدة من مشرف التدريب ورئيس القسم