



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