

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 الإلكتروني: \_\_\_\_\_

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