

B

تأجيل المدرب ضمن برنامج المجلس العربي للاختصاصات الطبية

الاختصاص:	اسم المدرب:
-----------	-------------

تاريخ بدء التدريب:	رقم التسجيل:
--------------------	--------------

اسم مركز التدريب الحالي:

مصادقة مشرف التدريب:

مصادقة مدير المستشفى أو المركز التدريبي:
--

مصادقة المجلس العلمي:

رئيس المجلس العلمي

عضو

عضو

ملاحظة: تهمل أي معاملة غير مختومة بالختم الصريح