

A

نقل المتدرب بين المراكز التدريبية داخل العراق ضمن برنامج المجلس العربي
للاختصاصات الطبية:

الاختصاص:	اسم المتدرب:
تاريخ بدء التدريب:	رقم التسجيل:
اسم مركز التدريب الحالي:	
مصادقة مشرف التدريب:	
مصادقة مدير المستشفى أو المركز التدريبي:	
اسم مركز التدريب الذي يرغب النقل إليه:	

مصادقة المجلس العلمي:

رئيس المجلس العلمي

عضو

عضو

ملاحظة: تهمل أي معاملة غير مختومة بالختم الصريح