



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

طلب التقدم لامتحان الأوسكي لاختصاص الأمراض الباطنة

1. الاسم الكامل باللغة العربية : رقم التسجيل:

.....

الاسم الكامل باللغة الإنكليزية :

.....

2. مكان وتاريخ الميلاد

3. اسم المستشفى: المدينة :

4. القطنر: الجنسية :

5. عنوان المتدرب الدائم:

.....

رقم الهاتف: رقم الجوال :

رقم الفاكس:

البريد الإلكتروني:

6. عنوان المتدرب الحالي :

رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني :

7. هل سبق لك التقدم لهذا الامتحان : نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

أذكر عدد المرات: مرة واحدة مرتين 3 مرات 4 مرات

8. تاريخ النجاح في القسم النهائي الكتابي : / /

9. المركز الامتحاني الذي يرغب إجراء الامتحان به على حسب ترتيب الرغبة:

1- 2- 3- 4-

10. أنا الطبيب و المتقدم لامتحان الأوسكي، أقر بأني ملتزم بالأنظمة

والإجراءات الخاصة بالامتحان . وأرفق الرسوم المطلوبة .

توقيع المتقدم