

C

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

الاختصاص:	اسم المتدرب:
-----------	--------------

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

اسم مركز التدريب الحالي:

اسم مركز التدريب الذي يرغب التنسيب إليه:
--

مدة التنسيب:

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