

D

نقل المدرب من داخل العراق إلى خارجه ضمن برنامج المجلس العربي للاختصاصات الطبية:

اسم المدرب:	الاختصاص:
رقم التسجيل:	تاريخ بدء التدريب:
اسم مركز التدريب الحالي:	
اسم مركز التدريب الذي يرغب النقل إليه:	

مصادقة المجلس العلمي:

رئيس المجلس العلمي

عضو

عضو

ملاحظة: تهمل أي معاملة غير مختومة بالختم الصريح