

F

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

الاختصاص:	اسم المدرب:
تاريخ بدء التدريب:	رقم التسجيل:
اسم مركز التدريب المنسب اليه:	اسم المركز التدريبي:
	الأمر الإداري للتنسيب:
	مدة التمديد:
	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