

النظام الوطني للتدريب التخصصي

امتحان الجزء الأول

دورة شهر : \_\_\_\_\_ سنة: \_\_\_\_\_

مركز : \_\_\_\_\_

رقم الجلوس: \_\_\_\_\_

البيانات الشخصية :

الاسم الأول: \_\_\_\_\_ إسم الأب: \_\_\_\_\_ إسم الجد: \_\_\_\_\_ إسم العائلة: \_\_\_\_\_

الإسم باللغة الإنجليزية (Full Name in Capital Letters)

الجنس : 1 ذكر 1 انثى

مكان وتاريخ الولادة: ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

رقم الهوية الشخصية: \_\_\_\_\_

العنوان :

المدينة : \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف : \_\_\_\_\_

رقم المحمول : \_\_\_\_\_

البريد الالكتروني : \_\_\_\_\_

الإختصاص: \_\_\_\_\_

| المستشفى | المدة | تاريخ الإقامة |
|----------|-------|---------------|
|          |       |               |
|          |       |               |
|          |       |               |
|          |       |               |
|          |       |               |

عدد مرات إعادة الامتحان : ( )

توقيع صاحب الطلب

\_\_\_\_\_

تاريخ تقديم الطلب

\_\_\_\_\_