

الرجاء قراءة التعليمات التالية والالتزام بها بدقة :  
تقع عليك مسؤولية الالتزام بملء المعلومات في نموذج الطلب كاملة والتأكد بإرسال كافة الوثائق  
والمطلوبات التالية :

### الوثائق والمتطلبات اللازمة للتقدم بطلب دخول امتحان شهادة المجلس لأطباء الاختصاص

1. صورة عن الهوية الشخصية .
2. صورة عن كشف علامات الثانوية العامة أو ما يعادلها (مصدقة من وزارة التربية والتعليم).
3. صورة عن شهادة الطب الأولى (مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية)
4. صورة عن وثيقة تثبت إنهاء سنة التدريب " الامتياز " .
5. صورة مصدقة عن شهادة مزاولة المهنة من نقابة الأطباء "التسجيل الدائم"
6. صورة عن شهادة الاختصاص (مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية )
7. صورة عن البرنامج التدريبي الذي تم بموجبه الحصول على شهادة الاختصاص ( مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية ) .
8. صورة مصدقة عن معادلة الدرجة الجامعية الصادرة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية لخريجي الجامعات والمعاهد الأجنبية الغير عربية .
9. مطلوب صورة مصدقة للترجمة الإنجليزية لكل واحدة من الشهادات السابقة في حال كون الشهادات الأصلية بلغات أخرى غير العربية أو الإنجليزية .
10. صور مصدقة عن شهادة بسنوات الخبرة العملية في مجال الاختصاص .
11. ثلاث صور شخصية ملونه .
12. استكمال تعبئة النموذج الخاص بطلب التقدم لامتحان شهادة المجلس الطبي الفلسطيني، ويمكن الدخول على الصفحة الإلكترونية للمجلس [www.pmc.ps](http://www.pmc.ps)، وتعبئة الطلب وتسليمه للمجلس.
13. الاعتذار عن الامتحان، يجب أن يكون قبل فترة لا تقل عن شهر من موعد الإمتحان، يُرسل للأمانة العامة للمجلس الطبي الفلسطيني، والتوقيع على النموذج المرفق مع طلب الامتحان، والتغيب عن الامتحان دون عذر تحتسب على الطبيب فرصة امتحانية.
14. إشعار بنكي باسم مقدم الطلب يثبت دفع الرسوم المقررة وقدرها ثلاث مائة وخمسون (350) دينار أردني. علماً أنه يمكن الدفع لدى أي من فروع البنك العربي في فلسطين على رقم الحساب التالي:



# المجلس الطبي الفلسطيني

## Palestine Medical Council



### نموذج طلب تقديم امتحان شهادة المجلس الطبي الفلسطيني

في اختصاص : \_\_\_\_\_  
البيانات الشخصية :

الاسم الأول : _____ اسم الأب : _____ اسم الجد : _____ اسم العائلة : _____
هل كان اسم العائلة مختلفاً عن الاسم الذي ذكرته؟ <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم
إذا كانت الإجابة " نعم " اذكر الاسم السابق : _____
الاسم باللغة الانجليزية ( Full Name in Capital Letters ) : _____
الجنس : <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى
الجنسية : _____
مكان وتاريخ الولادة : ( _____ / _____ / _____ )
رقم الهوية الشخصية : _____

العنوان :

( عنوان العمل )
_____ : المدينة
_____ : مكان العمل
_____ : صندوق البريد
_____ : رقم الهاتف
_____ : عنوان البريد الإلكتروني
( العنوان الدائم للمراسلة )
_____ : المدينة
_____ : الحي
_____ : رقم الهاتف
_____ : المحمول
_____ : البريد الإلكتروني

شهادة الدراسة الثانوية العامة :

اسم الشهادة : \_\_\_\_\_  
تاريخ الحصول عليها : ( \_\_\_\_\_ )  
الفرع : \_\_\_\_\_  
المعدل العام المنوي : ( \_\_\_\_\_ )

شهادة الطب الأولى :

اسم الشهادة : \_\_\_\_\_  
الجامعة : \_\_\_\_\_  
الدولة : \_\_\_\_\_  
تاريخ الالتحاق بالجامعة : \_\_\_\_\_  
تاريخ التخرج : \_\_\_\_\_  
عدد السنوات المقرره في الكلية : \_\_\_\_\_  
عدد سنوات الدراسة الفعلية التي قضيتها في الكلية : \_\_\_\_\_  
لغة الدراسة : العربية  الانجليزية  لغات أخرى : \_\_\_\_\_

مكان وتاريخ قضاء فترة التدريب الإلزامي ( الامتياز ) :

المدة	تاريخ الانتهاء	تاريخ الابتداء	الدولة	الإختصاص	المستشفى

هل سبق لك وتقدمت للفحص الإجمالي لأطباء الامتياز : نعم  لا

نتيجة الفحص الإجمالي: \_\_\_\_\_

التسجيل في نقابة الأطباء ووزارة الصحة :

التسجيل في النقابة :  دائم  مؤقت  
رقم التسجيل : \_\_\_\_\_  
تاريخ التسجيل : \_\_\_\_\_  
تاريخ الترخيص من وزارة الصحة لمزاولة المهنة : \_\_\_\_\_

## مؤهلات الاختصاص :

الإختصاص : \_\_\_\_\_

نوع المؤهل : .. شهادة اختصاص .. تدريب ( إقامة )

اسم شهادة الاختصاص : \_\_\_\_\_

الهيئة أو الجامعة التي اصدرتها : \_\_\_\_\_

الدولة : \_\_\_\_\_

تاريخ الالتحاق أو ابتداء الإقامة : \_\_\_\_\_

تاريخ التخرج او انتهاء الإقامة : \_\_\_\_\_

مدة الدراسة والتدريب : ( ) سنة ( ) شهر

طبيعة الدراسة أو التدريب : ( 1 ) فحص ( 2 ) عمل " تدريب " ( 3 ) كلاهما

## تفصيلات التدريب داخل المستشفيات والمراكز :

المستشفى أو المركز	الدولة	مستشفى عام أم اختصاص	عدد الأسرة	المدة من - إلى	الوظيفة

## ممارسة الاختصاص بعد الحصول على شهادة الاختصاص :

\_\_\_\_\_ (1)

\_\_\_\_\_ (2)

\_\_\_\_\_ (3)

\_\_\_\_\_ (4)

\_\_\_\_\_ (5)

اللغات التي تتقنها :

<input type="radio"/>	(1) العربية
<input type="radio"/>	(2) الانجليزية
_____	(3) لغات أخرى :

أية معلومات ترغب في اضافتها :

---

---

---

توقيع صاحب الطلب

-----

تاريخ تقديم الطلب

-----

للاستعمال الرسمي فقط

بعد دراسة الوثائق والشهادات التي يحملها الدكتور : ( \_\_\_\_\_ )  
من قبل اللجنة العلمية المتخصصة في جلستها ( \_\_\_\_\_ ) والمنعقدة بتاريخ : \_\_\_\_\_  
وجد أنه : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

رئيس اللجنة العلمية المختصة :

\_\_\_\_\_

التاريخ : \_\_\_\_\_

٧ مراجعة ذاتية :

بعد الانتهاء من ملء الطلب، يرجى التأكد من الآتي:

المتطلبات	
كافة البيانات المطلوبة في الطلب مستوفاة	○
كافة الوثائق المطلوبة مرفقة مع الطلب	○
صورة مصدقة عن شهادة الطب الأولى (مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية)	○
صورة مصدقة عن إنهاء سنة التدريب الإلزامي (الامتياز)	○
صورة مصدقة عن معادلة الدرجة الجامعية الصادرة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية لخريجي الجامعات والمعاهد الأجنبية الغير عربية. (مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية)	○
صورة عن شهادة الاختصاص (مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية)	○
صورة عن البرنامج التدريبي في التخصص (مصدقة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية)	○
صورة عن الهوية الشخصية	○
ثلاث صور شخصية ملونه	○
صورة عن كشف علامات الثانوية العامة (مصدقة من وزارة التربية والتعليم)	○
السيرة الذاتية مفصله	○
إشعار بنكي باسم مقدم الطلب يثبت دفع الرسوم المقررة وقدرها <u>ثلاثمائة وخمسون دينار أردني</u> للمره الأولى <u>ومائه وخمسون دينار أردني</u> لإعادة الامتحان في البنك العربي حساب المجلس رقم : 661976/2/500	○

## طلب دخول الامتحان

- أنا الطبيب : \_\_\_\_\_  
والراغب بالتقدم لامتحان شهادة المجلس الطبي الفلسطيني  
الجزء التحريري  الجزء الشفوي والسريري   
في اختصاص ( \_\_\_\_\_ ) أقر بأنني ملتزم بالأنظمة والإجراءات  
الخاصة بالامتحان .  
هل سبق لك التقدم لهذا الامتحان : نعم  لا   
إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر عدد المرات :  
1. مرة واحدة   
2. مرتين   
3. ثلاث مرات   
4. غير ذلك : \_\_\_\_\_

اسم وتوقيع المتقدم :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

تاريخ تقديم الطلب :

\_\_\_\_\_

## الاعتذار عن الامتحان

قررت اللجنة العلمية العليا تبني القرار 2/9/5 من المجلس العربي للاختصاصات الصحية في جلستها رقم (26) بتاريخ 2010/12/5م، كآآي:

تُحدد فترة لإرسال طلب الإعتذار عن الجلوس للامتحانات التي تجريها اللجان العلمية خلال مدة لا تقل عن شهر قبل موعد الامتحان على أن يُرسل إلى الأمانة العامة طلب إعتذار رسمي وموقع من المشرف على التدريب ومختوم من المركز الذي يتدرب فيه الطبيب، في حال عدم تقيد الطبيب بإرسال إعتذار عن دخول الامتحان تُحتسب على الطبيب فرصة إمتحانية. وفي حال وجود عذر مقبول عند الإعتذار عن التقدم للامتحان تحول الرسوم إلى الدورة اللاحقة.

إسم وتوقيع المتقدم:

تاريخ تقديم الطلب:

---

---

---

---