

## نموذج طلب تقديم الفحص الإجمالي لأطباء الإمتياز

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 مصدقة عن معادلة الدرجة الجامعية الصادرة من وزارة التعليم العالي الفلسطينية لخريجي الجامعات والمعاهد الأجنبية الغير عربية .
5. مطلوب صورة مصدقة للترجمة الإنجليزية لكل واحدة من الشهادات السابقة في حال كون الشهادات الأصلية بلغات أخرى غير العربية أو الإنجليزية .
6. التسجيل في نقابة الأطباء.
7. صورة مصدقة عن شهادة سنة التدريب الإلزامي (الامتياز)
8. صور شخصية عدد "2" .
9. تعبئة نموذج طلب التقدم للامتحان في مقر المجلس الطبي ومن الممكن استخراجه من الصفحة الإلكترونية للمجلس : [WWW.PMC.PS](http://WWW.PMC.PS)
10. إشعار بنكي باسم مقدم الطلب يثبت تسديد الرسوم المقررة ومقدارها سبعون دينار أردني

المجلس الطبي الفلسطيني - 661976/2/500



المجلس الطبي الفلسطيني

Palestine Medical Council

نموذج طلب تقديم الفحص الإجمالي لأطباء الإمتياز (الاسنان)

لدورة : شهر : \_\_\_\_\_ سنة : " ----- "

مركز : \_\_\_\_\_

رقم الجلوس : ( )

البيانات الشخصية :

الإسم الأول	إسم الأب	إسم الجد	إسم العائلة
_____	_____	_____	_____
الجنس : 1 ذكر 1 أنثى			
مكان وتاريخ الولادة : _____			
رقم الهوية الشخصية : _____			

العنوان الدائم :

_____	المدينة :
_____	الحي :
_____	ص . ب :
_____	رقم الهاتف :
_____	المحمول :

شهادة الدراسة الثانوية العامة :

_____	إسم الشهادة :
_____	تاريخ الحصول عليها :
_____	الفرع :
( )	المعدل العام :

## شهادة الطب الأولى :

اسم الشهادة : _____
الجامعة : _____
الدولة : _____
تاريخ الإلتحاق بالجامعة : _____
تاريخ التخرج : _____
عدد السنوات المقررة في الكلية : _____
عدد سنوات الدراسة الفعلية التي أمضيتها في الكلية : _____
لغة الدراسة : _____

## فترة التدريب ( سنة الإمتياز ) :

المستشفى	الدولة	تاريخ الإبتداء	تاريخ الانتهاء	المدة يوم / شهر

مجموع المدة : ( )

عدد مرات الفحص الإجمالي التي سبق لك دخولها : (.....)

اللغات التي تتقنها :

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

توقيع صاحب الطلب

تاريخ تقديم الطلب