

سند استلام شهادة الامتياز

FORM FOR RECEIVING INTERNSHIP CERTIFICAT

اسم الطبيب:		الرقم الجامعي:		
الجنسية:		رقم بطاقة الاحوال / الاقامة:		
تاريخها:		مكان الاصدار:		
تاريخ انتهاء سنة الامتياز:		الجامعة:		
المعدل التراكمي :		٢٠ / / م		
العنوان الحالي :				
المستشفيات التي تدرّب فيها:				
الرقم	المستشفى	الدورة	التاريخ	
			من	الى
١			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٢			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٣			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٤			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٥			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٦			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٧			٢٠ / / م	٢٠ / / م
٨			٢٠ / / م	٢٠ / / م
ملاحظات :				
التوقيع على استلام شهادة الامتياز:		تاريخ الاستلام:		
		٢٠ / / م		
رئيس قسم التدريب :		التوقيع :		
التاريخ :		٢٠ / / م		