



The Arab League
Council of the Health Ministers
The Arab Board of Health Specializations
General Secretariat

جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
الأمانة العامة

استمارة تسجيل التدريب

الرجاء قراءة التعليمات التالية والالتزام بها بدقة:

تقع عليك مسؤولية الالتزام بملء المعلومات في استمارة التسجيل كاملة والتقيد بارسال كافة الوثائق والمتطلبات التالية:

1. خطاب رسمي يبين قبولك للتدريب في أحد برامج الإقامة المعترف بها من قبل المجلس العربي للاختصاصات الصحية في البلد الذي ستتلقى فيه التدريب مرفق به كتاب رسمي يبين تاريخ بدء تدريبك.
2. صورة واضحة لشهادة البكالوريوس أو أي شهادات أخرى ان وجدت.
3. صورة جواز السفر (أو صورة عن البطاقة الشخصية).
4. صورة عن شهادة الامتياز .
5. عدد (4) صور شخصية ملونة حديثة (يدون خلف كل صورة الاسم الكامل مع التوقيع)
6. رسوم التسجيل: قيمة رسوم التسجيل 150 دولار أمريكي تسدد لمرة واحدة بالإضافة الى 300 دولار أمريكي رسم التدريب السنوي و 40 دولار أمريكي رسم المجلة السنوي ، وللمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني للمجلس العربي للاختصاصات الصحية www.arab-board.org
7. ترسل استمارة التسجيل مع المرفقات والرسوم المقررة إلى الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الصحية عن طريق المجالس او الهيئات المحلية في الدول العربية وفي حال عدم وجودها ترسل عن طريق البريد السريع.

ملاحظة هامة: لكي تتمكن من التواصل معك بصورة سلسة يرجى كتابة عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك في استمارة التسجيل بصورة واضحة.

هاتف 0096311 6119740 - 0096311 6119741 فاكس 0096311 6119259 - 0096311 6119739

دمشق - المزة - شارع الحرش - ص.ب 7669

البريد الإلكتروني: info@arab-board.org موقع الانترنت: www.arab-board.org



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
المجلس العلمي لاختصاص

استمارة تسجيل التدريب

معلومات شخصية:

(أ) الاسم الأول اسم الأب اسم الجد
الكنية/العائلة:

(ب) الاسم باللغة الانكليزية (Full Name in Capital Letters According to Passport):
.....

(ت) تاريخ الولادة:

(اليوم / الشهر / السنة)

(ث) مكان الميلاد: المدينة الدولة

(ج) الجنس: ذكر أنثى

(ح) الجنسية:

(خ) اسم المركز التدريبي الذي سجلت للتدريب فيه للاختصاص:
.....

المدينة: الدولة:

(د) تاريخ بدء التدريب:

(اليوم / الشهر / السنة)

(ذ) مستوى التدريب الحالي وفترات التدريب السابقة للتسجيل في المجلس العربي للاختصاصات الصحية ان وجدت:
.....

(ر) اسم برنامج التدريب والتخصص الذي ترغب التدريب فيه:
.....

(ز) هل سبق أن تقدمت بطلب تسجيل للتدريب في أحد برامج التدريب في المجلس العربي للاختصاصات الصحية؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر اسم الاختصاص أو الاختصاص الفرعي (إن وجد)، رقم التسجيل، تاريخ الطلب
.....

العناوين:

يجب ذكر العنوان البريدي الخاص بك وعنوان المركز التدريبي :

(أ) العنوان الخاص يتضمن صندوق البريد:

.....

.....

رقم الهاتف (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف):

رقم الهاتف (رقم الجوال):

رقم الفاكس (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف):

عنوان البريد الإلكتروني:

(ب) عنوان مركز التدريبي (المستشفى والقسم وصندوق البريد):

.....

.....

رقم الهاتف (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف):

رقم الفاكس (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الفاكس):

معلومات عن دراسة الطب

(أ) اسم الدرجة (اجازة الطب):

تاريخ منحها:

(ب) اسم كلية الطب / الجامعة المانحة لشهادة البكالوريوس :

.....

فترة الدوارة /المعاودة (الامتياز):

.....

.....

جهة العمل الحالية:

المدينة:

الدولة:

شهادة ما بعد التخرج (إن وجدت):

اسم شهادة الاختصاص أو الاختصاص الفرعي:

تاريخ منحها

الجهة المانحة :