

استمارة استلام شهادة الامتياز

اسم الطبيب:

تاريخ الميلاد: / / مكان الميلاد:

رقم الهوية الوطنية:

تاريخها: مكان الإصدار:

تاريخ التخرج: / / الجامعة:

التقدير: المعدل التراكمي:

العنوان الحالي:

رقم التواصل:

فترة سنة الامتياز من: إلى:

المستشفيات والمراكز التي تدرّب فيها الطبيب:

م	اسم المستشفى أو المركز	الفترة
١		
٢		
٣		
٤		
٥		
٦		

ملاحظات:

.....

.....

التوقيع على استلام شهادة الامتياز:

تاريخ الاستلام: / /

المشرف على سنة الامتياز:

التوقيع: التاريخ: / /