



استمارة تسجيل متدرب

صورة شخصية
٦×٤

() الاختصاص () رقم التسجيل ()

اسم العائلة	اسم الجد	اسم الأب	الاسم الأول	الاسم باللغة العربية
FAMILY NAME	MIDDLE NAME	FIRST NAME		NAME IN ENGLISH
مكان الميلاد:	تاريخ الميلاد:	الجنسية:		الجنس:
				العنوان الدائم
جوال:	الرمز البريدي:	المدينة:	ص.ب:	
فاكس:	هاتف المنزل:	تحويلة:	هاتف العمل:	
البريد الإلكتروني:				Email :
تاريخها:	في مدينة:	شهادة البكالوريوس من جامعة:		
في مستشفى:	إلى:	سنة الامتياز في الفترة من:		
الجهة التابع لها المتدرب وظيفياً:	/ /	تاريخ اجتياز امتحان القبول:		
تاريخها:	مصدرها:	في طب:	الزمالة ()	
قسم:	مستشفى:	مركز التدريب		
التعهد				
أتعهد بالالتزام بأنظمة الهيئة السعودية للتخصصات الصحية كما نصت عليها اللائحة العامة للتدريب وما يصدر عن الهيئة لاحقاً من تعليمات ، كما أتعهد بتسديد الرسوم المقررة ، وفي حال مخالفتي لما تعهدت به فإنه يحق للهيئة اتخاذ ما تراه مناسباً.				
التاريخ:	توقيع المتدرب:			
			مصادقة المشرف على التدريب	
المذكور أعلاه مسجل لدينا كمتدرب في اختصاص () في السنة ()				
في الفترة من : / / ٢٠ م إلى : / / ٢٠ م				
الاسم : التوقيع :				
التوقيع :	اسم مدير الدراسات العليا – التعليم الطبي :			