

وزارة الصحة
مديرية التعليم والتدريب الطبي

اسم الطبيب

رقم الهاتف

التخصصات المطلوبة :

- - ١
- - ٢
- - ٣

توقيع الطبيب : _____

تاريخ الطلب : _____

علامة الامتحان : _____