



المجلس الطبي الأردني / مديرية القبول والتسجيل
نموذج الإلتحاق ببرنامج تدريب الإمتياز / طب الأسنان

Reg. #: _____

الاسم: الجنسية: الرقم الوطني:	
الثانوية العامة في الفرع: لسنة: بمعدل: البلد:	
البكالوريوس في طب الأسنان من جامعة: لسنة: بتقدير: البلد:	
مكان التدريب: 1- 2- 3-	
العنوان الإلكتروني: هاتف:	
تاريخ تقديم الطلب: / /	توقيع الطبيب:
مطالعة شؤون الإمتياز / الأسنان: تقرر إلتحاق هذا الطبيب بمستشفى:	
بموجب كتاب الإلتحاق رقم: تاريخ: / / التوقيع:	
<p>الدكتور رئيس لجنة الإشراف على الإمتحان الإجمالي لطب الأسنان: بعد التحية: يرجى التكرم بدراسة الوثائق والشهادات العلمية المرفقة بهذا الطلب وإتخاذ القرار المناسب من حيث استيفاء الطلب للشروط المعتمدة للتقدم للإمتحان الإجمالي لأطباء الأسنان.</p> <p>الأمين العام:</p>	
<p>قرار اللجنة: بعد الإطلاع على الوثائق والشهادات العلمية المرفقة بهذا الطلب فإن لجنة الإشراف على الإمتحان الإجمالي لطب الأسنان بجلستها رقم: تاريخ: / .. / تقرر بأن طلب الطبيب مستوفٍ / غير مستوفٍ لشروط التقدم للإمتحان الإجمالي / طب الأسنان.</p> <p>مقرر اللجنة: رئيس اللجنة:</p>	
ملاحظة: تم استيفاء الرسوم بموجب مستند قبض رقم: تاريخ: / ... /	