



المجلس الطبي الاردني / مديرية القبول والتسجيل



نموذج امتحان الفحص الإجمالي

الأسم : _____ الجنسية : _____ الرقم الوطني _____

البلد : _____	بتقدير : _____	لسنة : _____	الثانوية العامه في الفرع : _____
البلد : _____	بتقدير : _____	لسنة : _____	البكالوريس في الطب من جامعة : _____
3- _____	2- _____	مكان التدريب : 1- _____	

فترة التدريب : _____ الدوله _____ المستشفى : _____

تاريخ ابتداء التدريب : _____ تاريخ إنتهاء التدريب : _____

هاتف : _____	العنوان الإلكتروني : _____
--------------	----------------------------

توقيع الطبيب : _____	تاريخ تقديم الطلب --- / --- / ---
----------------------	-----------------------------------