



# مركز التعليم الطبي والصحي المستمر

## مركز العناية الطبية المتطورة

### استمارة تسجيل في الدورات التدريبية

يرجى ملء جميع المعلومات المطلوبة وبخط واضح (والانكليزي بحروف منفصلة).. المعلومات الغير متوفرة يكتب مكانها (غير موجود).

اسم المشترك باللغة العربية :		
اسم المشترك باللغة الانكليزية :		
الجنس (يرجى وضع دائرة حول المناسب)	ذكر	أنثى
المهنة :	مكان العمل :	
العنوان البريدي :	P.o. Box:	
هاتف العمل	هاتف المنزل	الهاتف الجوال
رقم الفاكس	E- mail:	

### أرغب التسجيل في دورة

1- BLS	2- ACLS	3- PALS	4- PHTLS
5- Difficult Airway Management			

علمت بالدورة بواسطة: إنترنت - نقابة الأطباء - مديرية الصحة - الهاتف - صديق - E-mail

يرجى وضع دائرة حول المناسب

الأطباء فقط:	كلية الطب وعام التخرج:	الاختصاص:
	مقيم منذ عام:	اختصاصي منذ عام:
طريقة دفع الرسوم	اسم المصرف:	تاريخ التسديد:
تاريخ ملء الاستمارة	رقم الإشعار:	

- إن صحة ودقة المعلومات الواردة في هذه الاستمارة تقع على عاتق المشترك الذي ملأها ويجب ملء كامل المعلومات في الاستمارة
- سوف تتم طباعة الاسم في الشهادات حسب ما تمت كتابته أعلاه.
- لا يعتبر الاشتراك ساري المفعول حتى يقوم المشترك بملء المعلومات كاملة وإرسالها إلى المركز بالبريد الالكتروني أو بالفاكس أو بالتسليم باليد.
- لا يعتبر الاشتراك ساري المفعول حتى يدفع المشترك الرسوم كاملة إلى الحساب المصرفي المدون في الأسفل أو مباشرة.

مع تمنياتنا للجميع بدوام التقدم والنجاح