

السيد عميد كلية طب الكندي المحترم
السيد معاون العميد لشؤون الطلبة المحترم

م / طلب

اني الخريج ارجو التفضل بالموافقة على تزويدي ب
.....

المعلومات المطلوبة

- ١ سنة القبول في الكلية
- ٢ سنة التخرج من الكلية
- ٣ عدد سنوات التاجيل
- ٤ عدد سنوات الرسوب
- ٥ بكالوريوس
- ٦ مدة الخدمة الفعلية في دوائر وزارة الصحة قبل الاختصاص
- ٧ شهادة الاختصاص
- ٨ مدة الخدمة الفعلية في دوائر وزارة الصحة بعد الاختصاص
- ٩ مكان العمل الحالي او اخر مكان عمل فيه

المستمسكات المطلوبة

- ١ صور عدد (١٢)
- ٢ نسخ ملونة من المستمسكات الاربعة
- ٣ نسخة ملونة و واضحة من جواز السفر

ملووظة مهمة : لا يجوز تقديم الطلب الا من قبل الخريج نفسه او من ينوب عنه بوكالة رسمية

التوقيع :

اسم صاحب الطلب :

التاريخ :

رقم الهاتف: