

**1. Personal information****1. بيانات شخصية**

1. Full name 1. الاسم (رباعي)
2. Registration No 2. رقم التسجيل
3. Sex 3. الجنس
4. Mailing address 4. العنوان
- Tel: هاتف Fax فاكس
- E-mail البريد الالكتروني

2. Qualifications**2. المؤهلات**

الشهادة	السنة	الجامعة / المعهد
Degree/Certificate	year	University/Institute
- a		أ -
- b		ب -
- c		ج -
- d		د -

3. Employment Information**3. معلومات عن العمل**

- 3.1 professional status الوظيفة
- 3.2. Name of Hospital/Health center المرفق الصحي

- Employer: M o H امانة الصحة جامعة خاص اخرى
- University Privat Other
4. Mailing address 4. العنوان
- Tel: Fax
- E-mail البريد الالكتروني

4. Declaration :**4. اقرار وتعهد**

اقر بأن هذه المعلومات دونت بمعرفة صاحب الشأن و أنها صحيحة
I certify that the information given above, supplied by me, is correct.

Signature توقيع

Date التاريخ

إدارة التعليم الطبي المستمر
Continues Medical Education Department