

PHOTO

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Ministry of Education
KING ABDULAZIZ UNIVERSITY
Faculty of Medicine
PERSONAL DATA SHEET FOR HOUSE OFFICERS



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك عبدالعزيز
كلية الطب
استمارة معلومات أطباء الامتياز

Name: _____

الاسم: _____

Place of Birth: _____ Date of Birth : _____ G

تاريخ الميلاد: _____ مكان الميلاد: _____ H

Government ID No.: _____

رقم الهوية: _____

Nationality: _____

الجنسية: _____

Date of Graduation: _____

تاريخ التخرج: _____

GPA : _____ out of _____

التقدير: _____ من _____

University: _____

الجامعة: _____

Personal Address: _____

العنوان الحالي: _____

Mobile No.: _____

رقم التليفون: _____

Email Address:

البريد الإلكتروني:

Intern year from: _____ To: _____

سنة الامتياز من _____ إلى: _____

Signature for receipt of internship certificate: _____

التوقيع على استلام شهادة الامتياز _____

Date: _____

التاريخ: _____

Note:

ملاحظة:

Please Attach personal photograph to this form

نرجو إرفاق صورة شخصية مع الاستمارة