



استمارة تجديد الممارسة
لعام ٢٠١٥

نقابة اطباء الاسنان
في العراق

الاسم: ----- رقم التسجيل: -----

الاسم بالإنكليزية: ----- تاريخ التسجيل: -----

أخر تجديد: عدد السنوات منذ آخر تجديد: الإشارة:

تاريخ الولادة:

المحافظة التي فيها العيادة: ----- عنوان العيادة: القضاء----- محلة----- زقاق----- دار-----

القرار النقابي للعيادة: ----- تاريخ القرار للعيادة: -----

الشهادة ' : المسجلة في النقابة فقط

البكالوريوس الجامعة: ----- رقم الأمر الجامعي ----- تاريخه -----

دبلوم في ----- الجامعة ----- الأمر الجامعي ----- في -----

ماجستير في ----- الجامعة ----- الأمر الجامعي ----- في -----

دكتوراه في ----- الجامعة ----- الأمر الجامعي ----- في -----

بورده في ----- الجامعة ----- الأمر الجامعي ----- في -----

رقم قرار تسجيل الاختصاص في النقابة: تاريخ قرار تسجيل الاختصاص:

محل السكن الدائم: المحافظة----- القضاء----- حي----- م----- ز----- د-----

رقم الهاتف :

البريد الإلكتروني (e-mail) :

محافظة العمل الصباحي :

دائرة / جامعة العمل الصباحي :

مركز / كلية العمل الصباحي :

الوزارة : وزارة التعليم العالي والبحث العلمي وزارة الصحة

وزارة اخرى (يرجى كتابتها) :

العنوان الوظيفي: مقيم دوري متدرج ممارس ممارس اقدم ر.ممارسين

ر.ممارسين اقدم اخصائي استشاري

معيد مدرس مساعد مدرس استاذ مساعد استاذ

استاذ متمرس متقاعد مستقيل اخرى:

تجديد العضوية : مع عيادة بدون عيادة

تجديد (هوية)

جدارية	عربي	انكليزي	جدارية عيادة	جدارية مختبر
تأييد خارج القطر	عربي	انكليزي		
تأييد داخل القطر	عربي	انكليزي		
فتح عيادة	غلق عيادة	اشتغال في عيادة		
فتح مختبر	غلق مختبر	اشتغال في مختبر		
اضافة لقب اختصاص	دبلوم	ماجستير	دكتوراه	بوردر

- أتعهد بالالتزام بكافة القوانين والتعليمات التي تصدرها النقابة.

- أتعهد بصحة كافة المعلومات المدونة أعلاه.

اسم مقدم الطلب: -----

التاريخ: -----