



المركز الطبي الدولي  
International Medical Center

## Residency Training Program Application

### Personal Information

Name:

Sex:

Male

Female

Date of Birth:

City:

Nationality:

Email:

Mobile:

Post Graduate Year:

### Residency Program Profile

Residency Program Sponsor:  Yes  No هل أنت تابع لمركز تدريبي معين كوزارة الصحة؟

If yes, Sponsor program: إذا كانت الإجابة نعم، فضلا حدد اسم المركز التدريبي المسئول عنك:

Program:

البرنامج الذي ترغب بالانضمام له: