



نموذج التعليم المستمر للمهن الطبية المساندة

الوحدة :	
محاضرة / ورشة :	اتصال وجاهي / اتصال مرئي
التاريخ :	الوقت :
الرقم الوطني :	الرتبة :
الاسم :	توقيع المحاضر :

كشف باسماء الحضور

ت	الرقم	الرتبة	الاسم	التوقيع
-1				
-2				
-3				
-4				
-5				
-6				
-7				
-8				
-9				
-10				
-11				
-12				
-13				
-14				
-15				

رئيس الاختصاص/ فرع للمهن الطبية المساندة

مشرف تدريب و تنسيق

