



مكتب الاستشارات والتدريب  
Consultation & Training Office

كلية طب الاسنان  
Faculty of Dentistry

جامعة الكويت  
Kuwait University

## نموذج طلب عقد دورة Course request form

Course presenter:	مقدم الدورة:
Job:	الوظيفة:
Company:	الشركة:
Telephone:	الهاتف:
E-mail:	البريد الالكتروني:

Course Name:	اسم الدورة:
Course duration (number of days):	مدة الدورة (عدد الأيام):
Number of course hours:	عدد ساعات الدورة:
Time and date of the course:	الوقت والتاريخ المناسب لعقد الدورة:
Course venue:	مكان الدورة:



مكتب الاستشارات والتدريب  
Consultation & Training Office

كلية طب الاسنان  
Faculty of Dentistry

جامعة الكويت  
Kuwait University

Target audience:

الشريحة المستهدفة:

Course objectives:

اهداف الدورة:

Scientific content:

المحتوى العلمي:

Methods used:

الأساليب المستخدمة:



مكتب الاستشارات والتدريب  
Consultation & Training Office

كلية طب الاسنان  
Faculty of Dentistry

جامعة الكويت  
Kuwait University

Program requirements:

متطلبات عقد البرنامج:

- Please attach your CV
- Telephone: 34431-86662
- E-mail: c.tcod@ku.edu.kw

- يرجى ارفاق السيرة الذاتية
- للاستفسار - تلفون
- البريد الالكتروني