**نموذج طلب فحص مواد طبية**

Medical Materials Request Form

|  |  |
| --- | --- |
| Applicant Name:  | مقدم الطلب:  |
| Sector:Government SectorPrivate Sector Other  | الجهة:  جهة حكومية  جهة خاصة  اخرى |
| Telephone Number: | الهاتف: |
| Email: | البريد الالكتروني:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Department: | القسم المختص: |
| Case Details:  | تفاصيل الحالة:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Equipment used: | الأجهزة المستخدمة: |

|  |  |
| --- | --- |
| * Contact phone: 34431-86662
* E-mail: c.tcod@ku.edu.kw
 | * للاستفسار- تلفون:
* البريد الالكتروني:
 |