**نموذج طلب استشارة طبيه**

Consultation Request Transfer Form

|  |  |
| --- | --- |
| Applicator Name: | مقدم الطلب: |
| Sector:  Government Sector  Private Sector  Individuals  Other | الجهة:  جهة حكومية  جهة خاصة  أفراد  اخرى |
| Telephone Number: | الهاتف: |
| Email: | البريد الالكتروني: |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| * The application will be referred to the specific department, after completing the consultation the preferred treatment plan will be given. * Contact phone: 86662-34431 * E-mail: c.tcod@ku.edu.kw | * يتم توجيه الطلب للقسم المختص، بعد الانتهاء من الاستشارة سيتم تقديم الخطة العلاجية المناسبة * للاستفسار- تلفون: * البريد الالكتروني: |