**نموذج طلب استشارة طبيه**

Consultation Request Transfer Form

|  |  |
| --- | --- |
| Applicator Name: | مقدم الطلب:  |
| Sector:Government SectorPrivate SectorIndividuals 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:
 |