



مكتب الاستشارات والتدريب
Consultation & Training Office

كلية طب الاسنان
Faculty of Dentistry

جامعة الكويت
Kuwait University

نموذج طلب استشارة طبيه

Consultation Request Transfer Form

Applicator Name:	مقدم الطلب:
Sector:	الجهة:
<input type="checkbox"/> Government Sector	جهة حكومية <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Private Sector	جهة خاصة <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Individuals	أفراد <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Other	اخرى <input type="checkbox"/>
Telephone Number:	الهاتف:
Email:	البريد الالكتروني:

Department:	القسم المختص:
Case Details:	تفاصيل الحالة:



مكتب الاستشارات والتدريب
Consultation & Training Office

كلية طب الاسنان
Faculty of Dentistry

جامعة الكويت
Kuwait University

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: -٨٦٦٦٢ ٣٤٤٣١
 - 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: