**نموذج طلب فحص مواد طبية**

Medical Materials Request Form

|  |  |
| --- | --- |
| Applicant Name: | مقدم الطلب: |
| Sector:  Government Sector  Private 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: |