

THE SAUDI DENTAL SOCIETY
Kingdom of Saudi Arabia
P.O. Box 52500, Riyadh 11563
Tel: 4677763 / 4677764
4677534 / 4677743
Fax: 014677765
sdentsoc@ksu.edu.sa



الجمعية السعودية لطب الأسنان
المملكة العربية السعودية
ص.ب: ٥٢٥٠٠ الرياض ١١٥٦٣
تليفون: ٤٦٧٧٧٦٤ / ٤٦٧٧٧٦٣
٤٦٧٧٥٣٤ / ٤٦٧٧٧٤٣
فاكس: ٤٦٧٧٧٦٥

استمارة عضوية
MEMBERSHIP APPLICATION

PLEASE TYPE OR PRINT IN ENGLISH AND ARABIC

الرجاء الطباعة أو الكتابة بخط واضح بكلا اللغتين

(SDS NO: _____ : رقم العضوية) RENEWAL/تجديد NEW MEMBER/عضو جديد

FEMALE/أنثى MALE/ذكر

العائلة

اسم الأب

الاسم الأول

الاسم:

NAME :

FIRST

MIDDLE

LAST

DATE OF BIRTH: _____ : تاريخ الميلاد : NATIONALITY: _____ : الجنسية :

طالب طب أسنان
Dental Student

فني أسنان
Dental Tech

أخصائي صحة فم
Dental Hygienist

مساعد طبيب أسنان
Dental Assistant

طبيب أسنان
Dentist

SCH Registration no: _____ : رقم التسجيل المهني بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية :

Academic Qualifications/الدرجات العلمية

Country /البلد

University/الجامعة

Year of Graduation /سنة التخرج

_____ : بكالوريوس/BDS (DDS)

_____ : ماجستير/MDS (MS)

_____ : دكتوراه/Ph.D.

_____ : أخرى/Others

_____ : التخصص إن وجد/Specialization (if any)

_____ : مسمى الوظيفة / Job Title (Position) : جهة العمل/ Employer

Academic/أكاديمي

Government/حكومي

Private/خاص : طبيعة العمل

_____ : عنوان المراسلة/Mailing Address

_____ : الرمز البريدي/Zip Code : ص.ب./P.O. Box

_____ : البلد/Country : المدينة/City

_____ : فاكس منزل/Home Fax : فاكس المنزل/Home Phone

_____ : فاكس عمل/Work Fax : فاكس العمل/Work Phone

_____ : النداء/Pager : الجوال/Mobile

_____ : البريد الإلكتروني/E-mail

_____ : التوقيع/Signature : التاريخ/Date