



## CPD Activity Application Form

### CPD Provider Applicant Information

Full Name (Arabic): \*

Full Name (English): \*

CPD Provider ID\*:

Phone:

E-mail:

### Contact Person

Full Name:

Position in the Organization:

Job:

Phone\*:

E-mail\*:

Address:

National ID # \*:

### To be filled in case of "Live Educational Event"

CPD Activity specialty and subspecialty \*:

CPD Activity nature \*

- Conference
- Course
- Satellite symposium
- Hands on workshop
- Other:

Activity nature \*

- Physical
- Online
- Hybrid

CPD Activity title \*:

CPD Activity start date \*:

CPD Activity end date \*:

Event Web site:

Phone:

E-mail

Country\*

City\*

Event Venue

CPD Activity description \*

Target audience \*

Speakers list

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Sponsors list

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Notes:

- All fields with mark (\*) are mandatory.
- It is also mandatory to attach the "Activity details / Program description" with this document.

**إرفاق المستندات الأتية نسخة ورقية وأخرى على قرص مدمج:**

- بيانات لأحد كبار المهنيين الصحيين المسؤولين عن طلب اعتماد الفاعلية والذي يمكن الرجوع إليه، ويجب ان يكون هذا المهني الصحي مسجلاً لدى نقابة محلية (يجب تقديم تفاصيل التسجيل، وصورة من الرقم القومي) وطرق التواصل.
- أحدث إصدار من برنامج الفاعلية، ملخص السيرة الذاتية للمحاضرين و رؤساء الجلسات، أسماء الرعاية، الموقع الإلكتروني للفاعلية (إن وجد)
- تقديم الاسم (الأسماء)، والمسمى الوظيفي وتفاصيل الاتصال بالرئيس، وجميع الأعضاء الآخرين في اللجنة العلمية أو اللجنة المنظمة.
- نسخة من عرض الشرائح الخاصة بكل محاضرة.
- التأكد من أن جميع أعضاء اللجنة العلمية واللجنة المنظمة قاموا بتقديم بيانات مكتوبة عن أي تضارب في المصالح.

**تعهد**

**تعهد من مسئول فاعلية "التطوير المهني المستمر"**

أقر أنا ----- المسئول المباشر عن فاعلية "التطوير المهني المستمر" بعنوان:

المقدمة من (إسم المنشأة) ----- المعتمدة برقم:

بكافة صحة البيانات المقدمة مني و بأنني قد إطلعت على الإصدار الأول (٢٠١٨) للوائح المنظمة للتطوير المهني المستمر الصادرة عن الهيئة المصرية للتدريب الإلزامي للأطباء، وأتعهد بالإلتزام بها وبأى تعديلات أو إضافات لها من قبل الهيئة.

التاريخ

ختم المنشأة

التوقيع

**For Office Use**

CPD Provider Name:

رقم التقدم:

تاريخ الاستلام:

المستلم:  
ختم الهيئة: