

APPLICATION FORM

PO Box 835
Mina Al Fahal 116
Muscat
Sultanate of Oman
Tel: 24 665555
Fax: 24 665566
www.omandentalcollege.org



استمارة طلب إلتحاق

ص ب ٨٣٥
ميناء الفحل ١١٦
مسقط
سلطنة عمان
هاتف: ٢٤٦٦٥٥٥٥
فاكس: ٢٤٦٦٥٥٦٦
www.omandentalcollege.org

Admission for the Academic Year.....

A. Students personal details

Full name:.....

Sex: M F Nationality:..... Date of birth:

Permanent postal address:

Tel:..... Mobile:

Fax:..... Email:

Address for correspondence (if different):.....

B. Details of parent or guardian

Full name and your relationship to the applicant:

Permanent postal address:

Occupation:.....

Tel:..... Mobile:

Fax:..... Email:

I agree to the Oman Dental College communicating with the above person on all aspects of my application.

C. Educational background

School/College attended (Please attach copies of certificates).

Dates of attendance	Course/qualification	Name of school/college

D. English language background

Have you ever taken an English language examinations

eg. IELTS, TOEFL, others?

Yes No if yes attach copies of results and certificates.

E. Declaration

I hereby apply for admission to Oman Dental College and if admitted I undertake to abide by all the rules and regulations of the College. I understand that a non-refundable administrative fee of RO25 will be applied for processing this application and that this does not guarantee admission to the College.

Signature: Date:.....

F. Source of information

It would be helpful if you complete the following:

I learnt about the College from

G. Financial guarantee

To be completed by the person responsible for the payment of fees. I approve of this application and undertake to be responsible to Oman Dental College for the payment of all fees in respect of this student.

Name: Date:.....

Signature:.....

Address:

Relationship to student:

H. Check List

General Education Diploma (GEC) or equivalent

Copies of passport and ID IELTS, TOEFL - other if available

استمارة طلب القبول للعام الأكاديمي.....

أ. بيانات خاصة بالطالب

الاسم بالكامل:.....

الجنس ذكر أنثى الجنسية:..... تاريخ الميلاد:.....

العنوان الدائم:.....

رقم الهاتف:..... الهاتف النقال:.....

رقم الفاكس:..... البريد الإلكتروني:.....

عنوان المراسلات (إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه):.....

ب. بيانات خاصة عن ولي الأمر

الاسم بالكامل وصفة العلاقة بصاحب الطلب:.....

العنوان البريدي الدائم:.....

الوظيفة:.....

رقم الهاتف:..... الهاتف النقال:.....

رقم الفاكس:..... البريد الإلكتروني:.....

أوافق على أن تكون المخاطبات بين كلية عمان لطب الأسنان والشخص المذكور أعلاه.

ج. الخلفيات الدراسية

المدرسة/الكلية التي تم الالتحاق بها (يرجى إرفاق نسخ المؤهلات الدراسية).

تاريخ الحصول	المؤهلات الدراسية	اسم المدرسة/الكلية

د. مؤهلات اللغة الإنجليزية

هل قمت مسبقاً بتقديم إختبارات مستويات اللغة الإنجليزية مثل IELTS, TOEFL.

أو غير ذلك؟

نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم يرجى إرفاق نسخة من نتيجة هذه الإختبارات

ز. إقرار

أقر أنا المتقدم لطلب الإلتحاق بكلية عمان لطب الأسنان وأتعهد الإلتزام بجميع

الأنظمة والقوانين المعمول بها في الكلية.

أنا على دراية تامة بأن هناك رسوم تسجيل (غير مستردة) مفروضة لعملية التسجيل

بالكلية، مبلغ وقدره (٢٥) ر.ع وهذا لا يعتبر ضماناً على القبول والإلتحاق بالكلية.

التوقيع:..... التاريخ:.....

و. بيانات تهمنا

نقدر لكم تزويدنا بالبيانات الآتية:

سمعت عن الكلية عن طريق

هـ. الضمان المالي

يتم تعبئة هذا القسم عن طريق الشخص المسؤول عن دفع للرسوم

الدراسية. أوافق على هذا الطلب وأتعهد بتحمل مسؤولية دفع كافة النفقات

الدراسية للإلتحاق الطالب المذكور أعلاه بكلية عمان لطب الأسنان.

الاسم:..... التاريخ:.....

التوقيع:.....

العنوان:.....

علاقته بالطالب/الطالبة:.....

ي. الوثائق المطلوبة

نسخة من شهادة دبلوم التعليم العام او ما يعادلها

نسخة من جواز السفر او البطاقة المدنية شهادة اللغة الانجليزية (ان وجد)