Controversies in Psychiatric Practice

Intercontinental Hotel – Jeddah, K.S.A

21-23 June, 2011

Registration Form

Title: Dr. ☐ Prof. ☐ Mr. ☐ Ms. ☐ Mrs. ☐ **Other:_____** **Sex: F ☐ M ☐**

Saudi Council License No.																										
First Name																										
Middle Name																										
Family Name																										
Hospital / Company																										
Position										**Specialization**																
Address	**City**																	**Mobile/Tel #**								
E -Mail Address																										
Registration for:	**Symposium**:: ☐ **Workshop:** ☐																									

جدول ورش العمل

(Workshops)

Number	Name	Number	Name
(SR)		**المبلغ الإجمالي**	

خصم ٥٠% على المؤتمر وورشة عمل واحدة لمنسوبي الجمعية السعودية للطب النفسي ومستشفى الأمل بجدة بشرط إبراز بطاقة العضوية

A ll Communications to be addressed to Congress Secretariat:
Dr. Mohamed Khaled Abdel Hameed

CME Accredited by Saudi Council for Health Specialties