

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

| | |
|---------------|-----------|
| الرقم الوطني: | الرقم () |
|---------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------------|
| المعلومات الشخصية | |
| الاسم الأول: | الأب: |
| الاسم باللغة الإنجليزية: | العائلة: |
| تاريخ الميلاد: | عنوان السكن: |
| رقم الهاتف الخليوي: | رقم هاتف المنزل: |
| | الحالة الاجتماعية: |

| | |
|---|--|
| المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي): | |
| <input type="checkbox"/> دبلوم () | <input type="checkbox"/> بكالوريوس () |
| <input type="checkbox"/> دبلوم عالي () | <input type="checkbox"/> إجازة () |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر) | مكان وتاريخ الحصول على الشهادة: |
| التخصص: | المسمى الوظيفي: |
| تاريخ التعيين في الوزارة: | الدرجة الحائز بها: |

| | |
|--|-----------------|
| مكان العمل: | اسم مكان العمل: |
| المحافظة: | رقم الهاتف: |
| <input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية | |

ارغب بالالتحاق في:

| | |
|---|----------|
| للاستعمال الرسمي: | التاريخ: |
| تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |
| تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |
| اسم مقدم الطلب والتوقيع: | |

- ملاحظات:
- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية.
 - صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل الممثل.
 - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل الممثل.
 - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تجمته حسب الأصول.