



مديرية ترخيص المهن و المؤسسات الصحية
قسم ترخيص المهن الصحية

طلب ترخيص مزاوله مهنة صحية

										الاسم
										الجنسية
										المهنة

السنة	شهر	يوم	تاريخ الولادة	مكان الولادة
			() ذكر () أنثى	الجنس
				مكان العمل
		سنوات الدراسة		المؤهل العلمي
		اسم الجامعة		بلد التخرج
				كلية مجتمع
				فرع الدراسة الثانوية
			رقم الجوال	رقم الهاتف
				العنوان الكامل
				البريد الالكتروني
		توقيع مقدم الطلب	/ /	تاريخ تقديم الطلب

للاستعمال الرسمي :-

رقم النجاح (الامتحان)			تاريخه	رقم التصريح
السنة	الشهر	الرقم	/ /	رقم الوصل المالي
				ملاحظات

توقيع مدقق الطلب
رئيس القسم

توقيع مدخل البيانات

توقيع مستلم الطلب

.....

.....

.....