

إستمارة تقييم

التراخيص الطبية

قسم التسجيل

بيانات شخصية

الإسم (كما ورد في جواز السفر)

الإسم الأول الإسم الأوسط إسم العائلة

الجنسية الجنس ذكر انثى

تاريخ الميلاد رقم الهاتف المتحرك

رقم الهاتف صندوق البريد الفاكس

البريد الإلكتروني

المهنة (مجال العمل)

4- مهن صحية مساعدة

يرجى التحديد

3- ممرض

1- طبيب بشري

2- طبيب أسنان

المسمى الوظيفي المطلوب

اسم مقدم الطلب

التوقيع

التاريخ

القطاع الخاص

القطاع العام

قطري

غير قطري

مقدم الطلب
يرجى ذكر مكان العمل

هل اتخذ ضدكم أي إجراء
تأديبي نتيجة لأي مخالفات
ذات صلة بمهنتكم أو
بمجال عملكم ؟

نعم

لا

في حال الإجابة بنعم يرجى
بيان التفاصيل