

إستمارة
ترخيص إشعاعي طبي شخصي

التراخيص الطبية

قسم التسجيل

بيانات شخصية

الإسم (كما ورد في جواز السفر)

الإسم الأول الإسم الأوسط إسم العائلة

الجنسية

..... الجنس أنثى ذكر

تاريخ الميلاد

رقم الهاتف المتحرك

هاتف

صندوق البريد الفاكس

البريد الإلكتروني

المهنة (مجال العمل)

مقدم الطلب
يرجى ذكر مكان العمل

بيانات الترخيص الطبي

رقم الترخيص الطبي

مجال العمل

تاريخ انتهاء الترخيص الطبي

مكان العمل

لموظفي مؤسسة حمد الطبية و مراكز الرعاية الصحية الأولية يرجى ذكر الرقم الوظيفي:

برامج تدريبية في مجال الحماية من الإشعاع

اسم البرنامج التدريبي

تاريخ انعقاد الدورة
الشهر / السنة

مدة البرنامج
التدريبي

المؤسسة والدولة

نعم

لا

في حال الإجابة بنعم يرجى
بيان التفاصيل

مسؤول الحماية من الإشعاع . (RSO) . نعم لا

مجال الترخيص

علاجي

حماية من الإشعاع

تشخيصي

طب نووي

للإستخدام الرسمي

اسم وتوقيع رئيس لجنة الإشعاع

التاريخ