

استمارة تجديد
ترخيص إشعاعي طبي شخصي

التراخيص الطبية

قسم التسجيل

بيانات شخصية

الاسم (كما ورد في جواز السفر)

الاسم الأول الأوسط العائلة

الجنسية الجنس أنثى ذكر

تاريخ الميلاد رقم الهاتف المتحرك

هاتف صندوق البريد الفاكس
البريد الإلكتروني

المهنة (مجال العمل)

.....

بيانات الترخيص الطبي

رقم الترخيص مجال العمل

تاريخ انتهاء الترخيص مكان العمل

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

بيانات الترخيص الإشعاعي

رقم الترخيص تاريخ انتهاء الترخيص

برامج تدريبية في مجال الحماية من الإشعاع

اسم البرنامج التدريبي	تاريخ انعقاد الدورة الشهر/ السنة	مدة البرنامج التدريبي	المؤسسة والدولة
.....

.....

مسئول الحماية من الإشعاع . . (RSO) نعم لا

علاجي	حماية من الإشعاع
تشخيصي	طب نووي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

للاستخدام الرسمي

اسم و توقيع رئيس لجنة الإشعاع 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 مجال
عملكم ؟

نعم

لا

في حال الإجابة بنعم يرجى
بيان التفاصيل