

إستمارة تجديد شهادة تقييم

التراخيص الطبية

قسم التسجيل

بيانات شخصية

الإسم (كما ورد في جواز السفر)

الإسم الأول الإسم الأوسط إسم العائلة

الجنسية الجنس ذكر أنثى

تاريخ الميلاد رقم الهاتف المتحرك

رقم الهاتف صندوق البريد الفاكس

البريد الإلكتروني

المهنة (مجال العمل)

1- طبيب بشري 4- مهن صحية مساعدة

3- ممرض يرجى التحديد

2- طبيب أسنان

المسمى الوظيفي المطلوب

.....

تفاصيل التقييم

* تاريخ التقييم الأول

نتيجة التقييم

اسم مقدم الطلب

التاريخ التوقيع

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

.....
.....
.....