



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
إدارة التراخيص الصحية

نموذج رقم 1- أ ت ص

نموذج طلب ترخيص مزاولة مهنة

- 1- اسم طالب الترخيص : .....
- 2- الجنسية : .....
- 3- تاريخ ومكان الميلاد : .....
- 4- الجهة الطالبية : .....
- 5- المسمى المهني المطلوب : .....
- 6- نوع الترخيص المطلوب ومدته : ..... مؤقت
- 7- التواجد في الكويت من عدمه : ( ) موجود ( ) غير موجود
- 8- جهة العمل السابقة في الكويت وتاريخه إن وجد : .....
- 9- المؤهلات والدرجات العلمية لطالب الترخيص : .....

المؤهل العلمي	اسم الجامعة	سنة التخرج	ملاحظات

10- الخبرة السابقة :

مكان العمل	المسمى المهني	التخصص	المدة

-الخبرة السابقة :

مكان العمل	المسمى المهني	التخصص	المدة

نتعهد نحن الموقعين أدناه بالالتزام بالقوانين والقرارات الوزارية و التعاميم المعمول بها في وزارة الصحة .  
كما نتعهد بإحضار الممرض /الممرضة على نفقتنا الخاصة للمثول أمام لجان التحقيق ولجنة التراخيص الطبية في أي وقت تطلب منا الوزارة ذلك دون المطالبة بإصدار ترخيص مزاولة مهنة حتى تثبت اللجنة في موضوع الشكوى.

المفوض بالتوقيع / الختم

الجهة الطالبة

التاريخ

إقرار المرخص له :  
أقر أنا بأن جميع البيانات السابقة والمدونة أعلاه صحيحة ولا توجد أي مؤهلات دراسية أخرى خلاف ما ذكر .

DECLARATION :-

I CERTIFY THAT THE INFORMAION CONTAINED ABOVE IS TRUE AND CORRECT , AND I HAVE NO OTHER SCIENTIFICATION PROFESSIONAL DEGREES

التوقيع

اسم طالب الترخيص

التاريخ

SIGNATURE

THE NAME

DATE