



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
إدارة التراخيص الصحية

نموذج رقم 1- أ ت ص

نموذج طلب ترخيص مزاوله مهنة الطب البشري - طب الأسنان

\*\*\*\*\*

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

المؤهل العلمي	اسم الجامعة	سنة التخرج	ملاحظات

11- الخبرة السابقة :

مكان العمل	المسمى المهني	التخصص	المدة

تابع الخبرة السابقة :

مكان العمل	المسمى المهني	التخصص	المدة

نتعهد نحن الموقعين أدناه بالالتزام بالقوانين والقرارات الوزارية والتعاميم المعمول بها في وزارة الصحة لتنظيم العمل بالمؤسسات العلاجية الخاصة كما نتعهد بمتابعة واستكمال معالجة مرضى الطبيب المذكور أعلاه في مؤسستنا العلاجية ونتحمل مسئولية أي مضاعفات تنتج عن علاج الطبيب المذكور لمرضاه في هذه المؤسسة .  
كما نتعهد بإحضار الطبيب الزائر على نفقتنا الخاصة للمثول أمام لجان التحقيق ولجنة التراخيص الطبية في أي وقت تطلب منا الوزارة ذلك دون المطالبة بإصدار ترخيص مزاوله مهنة حتى تثبت اللجنة في موضوع الشكوى .

المفوض بالتوقيع / الختم

الجهة الطالبة

التاريخ

إقرار المرخص له :

أقر بأن جميع البيانات السابقة والمدونة أعلاه صحيحة ولا توجد أي مؤهلات دراسية أخرى خلاف ما ذكر .

DECLARATION :

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

التوقيع

اسم طالب الترخيص

التاريخ

SIGNATURE

THE NAME

DATE