



دولة الكويت
وزارة الصحة
إدارة التراخيص الصحية

طلب ترخيص مزاولة
المهن الطبية والمهن المعاونة
في القطاع الحكومي

اسم طالب الترخيص ولقبه بالكامل _____

العمر: _____ الجنس: _____ الجنسية _____ مكان وتاريخ الميلاد: _____

العنوان الدائم في البلد الاصيلي

ت: _____

العنوان الدائم في الكويت

ت: _____

مكان وعنوان العمل الذي ينوي القيام به: _____

نوع العمل المطلوب الترخيص به والاختصاص إن وجد: _____

الشهادات العلمية وتواريخها ومصادرها:

-1

-2

الخبرات السابقة:

هل سبق لطالب الترخيص مزاولة هذه المهنة في الكويت؟ (يذكر الرقم والترخيص)

بيانات او مستندات اخري يري الطالب تقديمها

اتقدم بهذا الطلب للموافقة علي منحي ترخيص بمزاولة مهنة طبية في دولة الكويت طبقا للقوانين والقرارات المنظمة وافر بصحة البيانات والمستندات المبينة اعلاه ومستعد لدفع الرسوم المقررة كما اتعهد بالتزام حدود هذه المهنة طبقا للقوانين والقرارات المنظمة واي تعديل يدخل عليها.

التاريخ:

التوقيع:



**MINISTRY OF HEALTH
MEDICAL LICENSING DEPARTMENT**

Request for the License to practice a Medical and Paramedical Profession in the State of Kuwait

Full Name of the Candidate : _____
Place and Date of Birth : _____ **Sex** _____
Nationality : _____
Permanent Address in Country of Origin : _____ **Tel** _____
Permanent Address in Kuwait : _____ **Tel** _____
Place of work in Kuwait : _____
Title of Profession : _____

Scientific Qualification (Place and Date of Issue)

1-----
2-----

Experience

1-----
2-----

Have you ever been employed in Kuwait ? if Yes mention Place / Date

Other Documents to be presented :-- -----

Here by I am requesting to issue me a license to practice the profession of medicine in the State of Kuwait according to the laws of the Ministry of Health and I declare that all the above mentioned documents are correct and true .

Date:-----

Signature:-----