



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 : \_\_\_\_\_
- 7- التواجد في الكويت من عدمه : ( ) موجود ( ) غير موجود مؤقت
- 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

تابع الخبرة السابقة

مكان العمل	المسمى المهني	التخصص	المدة

نتعهد نحن الموقعين أدناه بالالتزام بالقوانين والقرارات الوزارية والتعاميم المعمول بها في وزارة الصحة .

كما نتعهد بإحضار الفني على نفقتنا الخاصة للمثول أمام لجان التحقيق ولجنة التراخيص الطبية في أي وقت تطلب منا الوزارة ذلك دون المطالبة بإصدار ترخيص مزاوله مهنة حتى تبت 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 INFORMATION CONTAINED ABOVE IS TRUE AND CORRECT , AND I HAVE NO OTHER SCIENTIFICATION PROFESSIONAL DEGREES.

التوقيع

اسم طالب الترخيص

التاريخ

SIGNATUR

THE NAME

DATE