



مديرية ترخيص المهن والمؤسسات الصحية  
قسم ترخيص المهن الصحية

طلب ترخيص مزاوله مهنة صحية

										الاسم
										الجنسية
										المهنة
										الرقم الوطني

السنة	شهر	يوم	تاريخ الولادة	مكان الولادة
				الجنس ( ) ذكر ( ) أنثى
				مكان العمل
				تاريخ تسجيل النقابة / /
				رقم التسجيل
				مدة التدريب (بالاشهر)
				سنوات الدراسة
				رقم الشهادة
				نوع شهادة الاختصاص
				□ بورد اردني □ بورد عربي □ اعتراف نقابة
				تاريخ الدورة / / (شهر/سنة)
				اسم الجامعة
				فرع الدراسة الثانوية
				رقم الجوال
				العنوان الكامل
				البريد الالكتروني
				تاريخ تقديم الطلب / /
				توقيع مقدم الطلب

للاستعمال الرسمي :-

رقم النجاح (الامتحان)			تاريخه	رقم التصريح
السنة	الشهر	الرقم	/ /	رقم الوصل المالي
				ملاحظات

توقيع مدقق الطلب  
رئيس القسم

توقيع مدخل البيانات

توقيع مستلم الطلب

.....

.....

.....