

مديرية ترخيص المهن والمؤسسات الصحية
قسم ترخيص المهن الصحية
طلب ترخيص مزاول مهنة صحية

												الاسم			
								الرقم الوطني				الجنسية			
								الرقم الشخصي (غير الاردني)							
												المهنة			

عدم المحكومية																			
الرقم المرجعي				تاريخ الاصدار				يوم				شهر				سنة			

الجنس				ذكر				انثى							
مكان العمل															
تاريخ تسجيل النقابة ان وجد				يوم				شهر				سنة			
المؤهل العلمي															
بلد التخرج				اسم الجامعة \ الكلية											
فرع الدراسة الثانوية															

العنوان بالكامل											
البريد الالكتروني											
رقم الجوال											
١-											
٢-											
تاريخ تقديم الطلب				يوم		شهر		تاريخ		توقيع مقدم الطلب	

الاستعمال الرسمي

رقم التصريح				تاريخه				رقم النجاح بالامتحان ان وجد							
رقم الوصل المالي				يوم				شهر				سنة			
ملاحظات															
توقيع مستلم الطلب				توقيع مدخل البيانات				توقيع مدقق الطلب \ رئيس القسم							