



وزارة الصحة  
إدارة التراخيص الصحية

طلب ترخيص  
مزاولة مهنة طب الأسنان  
في القطاع الحكومي  
طبقاً للقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٨١

- اسم طالب الترخيص ولقبه بالكامل : .....

- العمر: ..... الجنس: ..... الجنسية: ..... مكان وتاريخ الميلاد: .....

- العنوان الدائم في البلد الأصلي :

..... ت:

- العنوان الدائم في الكويت :

..... ت:

- مكان وعنوان العمل الذي ينوي القيام : .....

- نوع العمل المطلوب الترخيص به والاختصاص إن وجد : .....

- الشهادات العلمية وتواريخها ومصادرهما:

..... ١-

..... ٢-

..... ٣-

- الخبرات السابقة :

.....

.....

- هل سبق للطالب الترخيص بمزاولة هذه المهنة في الكويت؟ (يذكر الرقم والترخيص)

.....

- بيانات أو مستندات أخرى يرى الطالب تقديمها : .....

-أقدم بهذا الطلب إلى حضرتكم للموافقة على منحى ترخيص بمزاولة مهنة طب الأسنان في دولة الكويت طبقاً للقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٨١ . وأقر بصحة البيانات والمستندات المبينة بعالية ومستعد لدفع الرسوم المقررة كما أتعهد بالتزام حدود هذه المهنة طبقاً للقانون المذكور وإى تعديل يدخل عليه وكذلك كافة القوانين المحلية التى تتعلق بهذه المهنة .

..... التاريخ :

..... التوقيع :