**طلب ندريب في مستشفيات الخدمات الطبية الملكيه**

**صور شخصيه عدد ( 2 )**

**الأسم الكامل من خمس مقاطع** :......................................................................................

**التدريب المطلوب** :............................................ **مكان التدريب** :.....................................

**مكان وتاريخ الولادة** : .................................... **الرقم الوطني** :...................................... **الجنسيه** :............................

|  |
| --- |
| **نوع جواز السفر : دائم ---- مؤقت ابناء الضفه الغربيه مؤقت ابناء غزة** |

|  |  |
| --- | --- |
| **المستوى التعليمي** : ............................................. | **البلدة الأصلية** :................................................................. |
| **المهنـــــــــــــــــه** :............................................... | **الإقامه السابقه**:................................................................ |
| **آخر مكان عمل** :.................................................. | **الإقامه الحاليه** :................................................................ |
| **العنوان ورقم الهاتف** :............................................ |  |

|  |
| --- |
| **الحاله الإجتماعية : أعزب / متزوج** |

|  |  |
| --- | --- |
| **الإسم الكامل للزوج / الزوجه** :........................................ | **الجنسيه** :................................................................. |
| **اسم الأم** : ............................................................... | **الرقم الوطني** :........................................................... |
| **مكان وتاريخ الولادة** : ................................................. | **المستوى التعليمي** .......................... **المهنه** :.................. |

|  |
| --- |
| **تفصيلات الأب من اربع مقاطع** |

|  |  |
| --- | --- |
| **الإسم الكامل** : .................................................... | **الرقم الوطني** :................................................................ |
| **اسم الأم** :.......................................................... | **البلدة الأصليه** :................................................................. |
| **مكان وتاريخ الولادة** :............................................ | **مكان الإقامه** :.................................................................. |
| **المستوى التعليمي** :............................................... | **المهنه** :......................................................................... |

|  |
| --- |
| **تفصيلات الأم اسم الأم من اربع مقاطع** |

|  |  |
| --- | --- |
| **الأسم الكامل** :..................................................... | **الرقم الوطني** :..................................................... |
| **مكان وتاريخ الولادة** :............................................. | **البلد الأصلي** : ..................................................... |
| **المستوى التعليمي** :............................................... |  |

**تاريخ تقديم الطلب : / / 202**

**يرفق شهادة خلو من الامراض التاليه ( التهاب الكبد الوبائي المصلي – مرض نقص المناعه المكتسبه ) صادرة عن اي جهه رسميه**