

UNITED ARAB EMIRATES  
Ministry Of Health



وزارة الصحة  
إدارة التمريض المركزية  
التنظيم و التسجيل  
ص.ب: ١٨٥٣ دبي  
دولة الإمارات العربية المتحدة

رقم مقدم الطلب:

إثبات دراسة التمريض/القبالة

أكمل هذا الجزء و أرسل هذا النموذج إلى مدرسة/معهد التمريض الذي حصلت منه على شهادة التمريض/القبالة. تأكد من كتابة رقم طلبك قبل إرسال هذا النموذج.

الإسم الحالي:

الأول / الوسط / الأخير  
تاريخ الميلاد: / /  
الجنسية:  
الجنس: ذكر  أنثى   
رقم الجواز:  
لقد تم تخريجي بتاريخ: / / من (إسم المدرسة):  
إسم المتقدم كما ورد على الشهادة /الدبلوم:

أنا الموقع أدناه أطلب إستكمال هذا الإثبات و إرفاقه بكشف عن علاماتي أو نسخة طبق الأصل عنها و إرسالها بريدياً إلى:

وزارة الصحة  
إدارة التمريض المركزية  
قسم التسجيل و التنظيم

ص.ب ١٨٥٣ - دبي  
دولة الإمارات العربية المتحدة

توقيع صاحب الطلب

يرجى عدم الكتابة تحت هذا الخط

لإستكماله من قبل المسؤول الإداري / الجهة المختصة بمنح شهادات التمريض/القبالة في المدرسة / المعهد المذكور أعلاه.

بعد التحية ، ، ،

صاحب هذا الطلب أعلاه تقدم للحصول على ترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في دولة الإمارات العربية المتحدة. نشكر لكم مساعدتكم لنا في تقييم طلبه. نرجو إستكمال هذا النموذج المرفق و إرساله إلى وزارة الصحة على العنوان المذكور أعلاه.

- الأسم المسجل للمتخرج
- أسم المدرسة/المعهد:
- عنوان المدرسة:
- المدرسة معتمدة من قبل:
- تاريخ إلتحاق الطالب: / /
- تاريخ إستكمال الدراسة:
- مدة الدراسة:
- نوع (مسمى) الشهادة /الدبلوم:
- معدل التخرج العام: %
- هذه المؤهلات تؤهل المتخرج لممارسة المهنة كـ :

يرجى إرفاق كشف علامات عن جميع المواد التي درسها المتقدم، إضافة إلى الساعات المعتمدة النظرية و العملية و يجب أن توثق هذه الوثيقة بختم المدرسة و توقيع المسؤول الإداري

إسم الموظف الذي إستكمل النموذج  
مسماه الوظيفي  
التوقيع / / التاريخ

ختم المدرسة

تقبل هذه الشهادة فقط إذا صدرت مباشرة من المدرسة / المعهد