



بسم الله الرحمن الرحيم
مديرية التمريض والمهن الطبية المساندة
نموذج شهادة خبرة

المعلومات الشخصية :

الاسم :	تاريخ التجنيد :
الرتبة :	تاريخ التقاعد :
الرقم :	التخصص :
رقم الهاتف :	تاريخ تقديم الطلب :

المؤهل العلمي :

المؤهل العلمي :	التخصص في الشهادة :
تاريخ المؤهل العلمي :	اسم الجامعة المعتمدة :

الخبرات العملية :

*كتابة الاسم من اربع مقاطع.

*يرفق المؤهل العلمي.

*يرفق نسخة من الدورات .

*كتابة الخبرات العملية باللغة العربية وأخرى باللغة الانجليزية .

*يرفق شهادة الاخراج أو الأمر اليومي أو مايعادله.

*يتم تسليم شهادة الخبرة بعد 10 ايام من تقديمها.

رئيس شعبة المهن الطبية المساندة

رئيس اختصاص المهنة

صاحب الطلب



(PF 12-39) rev.a