Republic of Lebanon
Ministry of Public Health
Medical Professions Section
MPH221-12

الجمهوريـــة اللبنانيـــة
وزارة الصحـــة العامـــة
قسم المهن الطبية

طلب إفادة للحصول على إجازة معاطاة مهنة غير منظمة للبنانيين

ضع علامة (X) في المربع المناسب:

نوع المهنة: ☐أشعة ☐تقويم السمع ☐تقويم النطق ☐غيره: _____

الإسم: _____ **إسم الأب:** _____ **الشهرة:** _____ **إسم الأم:** _____

الجنس: ☐ذكر ☐انثى رقم السجل: _____

الوضع العائلي: ☐ اعزب ☐مطلّق ☐ ارمل ☐ منفصل ☐متأهل: _____
اسم وشهرة الزوج او الزوجة

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

تاريخ الولادة: _ _ / _ _ / _ _ _ _

عنوان السكن الحالي

المحافظة : _____ القضاء : _____ البلدة : _____

الشارع : _____ ملك : _____ الطابق : _____

هاتف : _ _ _ _ _ _ / _ _ البريد الإلكتروني : _____

التحصيل العلمي

الشهادة الرسمية

☐متوسطة ☐بكالوريا القسم الثاني أو الثانوية العامة _____ السنة: _ _ _ _ ☐غيره: _____
الدورة

في حال وجود معادلة

البلد: _____ رقم المعادلة: _____ التاريخ: _ _ / _ _ / _ _ _ _

الشهادة الجامعية:

إسم الشهادة الجامعية أو المهنية: _ _ _