



دولة الكويت
وزارة الصحة
إدارة التراخيص الصحية

نموذج طلب ترخيص بفتح مركز طبي

التاريخ: / /

إسم طالب الترخيص:

المسمى الوظيفي:

الشهادات العلمية:

الخبرة العملية:

العنوان:

رقم الهاتف / رقم الفاكس /

إذا كان المركز تخصصي يحدد نوع التخصص:

المرفقات المطلوبة:

* صورة من الشهادات العلمية مصدقة

توقيع مقدم الطلب