



تجديد ترخيص مزاوله المهنة للأطباء البيطريين والمهن البيطرية المعاونة
Renew license to practice the profession for veterinarians and for assistant vets

Date		التاريخ
------	--	---------

Name of Doctor/ Veterinary para-professionals			اسم الطبيب / المهن المعاونة
Phone No.			رقم هاتف الطبيب
ID No.			رقم بطاقة الهوية
Passport No.			رقم جواز السفر
E-mail			البريد الالكتروني
Type of License	Vet. Assistant مساعد بيطري <input type="radio"/>	Vet. Doctor طبيب بيطري <input type="radio"/>	نوع الترخيص
	Vet. Nurse ممرض بيطري <input type="radio"/>	Lab Technician فني مختبر <input type="radio"/>	
Facility Name			اسم المنشأة
Type of activity	<input type="radio"/> مختبر بيطري Vet. Laboratory	<input type="radio"/> مستودع بيطري Vet. Store	نوع النشاط
	<input type="radio"/> مكتب استشاري بيطري Vet. Consultant Office	<input type="radio"/> صيدلية بيطرية Vet. Pharmacy	
	<input type="radio"/> مركز تلقيح اصطناعي Artificial Insemination Center		
	<input type="radio"/> مستشفى بيطري Vet. Hospital	<input type="radio"/> عيادة بيطرية Vet. Clinic	
	• Inclusive • Specialized	• Initial • Inclusive • Specialized	• اولية • شاملة • تخصصية

Address of Facility		عنوان المنشأة
Phone		رقم الهاتف
Fax		الفاكس
P.O BOX		ص.ب
E-mail		البريد الالكتروني

Request Applicant		اسم مقدم الطلب
Signature	توقيع مقدم الطلب	ختم الشركة
	Company Stamp	

For Official Use الاستخدام الرسمي

<input type="checkbox"/> Authorized Renewal Licensing	<input type="checkbox"/> يصرح بالتجديد / الترخيص
<input type="checkbox"/> Not authorized for the following reasons:	<input type="checkbox"/> لا يصرح للأسباب التالية:
Customer Service Administrative	إداري خدمة العملاء

Page Number رقم الصفحة	Issue Number رقم الإصدار	Code رمز النموذج
1	1	D2-2-AAA-05-APH