**تسجيل أخصائي تمريض/ممرض**

|  |  |
| --- | --- |
| إسم كامل |  |
| الجنس |  |
| تاريخ الميلاد |  |
| المحافظـة / المدينة |  |
| العنــوان (Dynamic) | Option |
| رقم العضوية فى النقابة | Option |
| رقم الموبايل الخاص بالتطبيق  (يجب أن يكون عليه واتس آب) |  |
| إسم الجامعة/الكليه/ المعهد |  |
| خريج (Drop list) | * كلية تمريض * معهد تمريض حكومي * معهد تمريض خاص |
| سنة التخرج |  |
| نبذه مختصرة  (التقدير العام , المهارات التمريضية التي تميزك , دورات تدريبات و شهادات علمية أخري (إن وجد) و أماكن العمل التي اشتغلت بها حتي الآن) |  |

* إرسال صورة الشهادة و كارنية النقابة و رخصة مزاولة المهنه