

السؤال الموجه إلى صاحب السعادة
الدكتور فيصل بن يعقوب الحمير وزير
الصحة، والمقدم من سعادة العضو رباب
عبدالنبي العريض بشأن عدد الأطباء غير
البحرينيين العاملين في القطاع الطبي
العام والخاص، والإجراءات المتبعة في
منح تراخيص مزاولة مهنة الطب لغير
البحرينيين، وبشأن تقييمهم بصورة
دورية خلال فترة عملهم في المملكة.
ورد سعادة الوزير عليه



جدول بشأن المراسلات الخاصة بالسؤال

الموجه إلى صاحب السعادة الدكتور فيصل بن يعقوب الحمر وزير الصحة، والمقدم من سعادة العضو رباب عبدالنبي العريض بشأن عدد الأطباء غير البحرينيين العاملين في القطاع الطبي العام والخاص، والإجراءات المتبعة في منح تراخيص مزاولة مهنة الطب لغير البحرينيين، وبشأن تقييمهم بصورة دورية خلال فترة عملهم في المملكة

| التاريخ | البيان |
|-----------|--|
| ٢٠٠٨/٤/١٦ | رسالة العضو السائل الموجهة إلى رئيس المجلس |
| ٢٠٠٨/٤/٢٢ | رسالة رئيس المجلس الموجهة إلى وزير شؤون مجلسي الشورى والنواب |
| ٢٠٠٨/٥/٨ | رد الوزير المختص |
| ٢٠٠٨/٥/١١ | رسالة وزير شؤون مجلسي الشورى والنواب الموجهة إلى رئيس المجلس ، المتضمنة رد الوزير المختص |



RABAB ABDULLNABI SALEM AL ARAYEI

عضو مجلس الشورى
MEMBER OF SHURA COUNCIL

صاحب السعادة / وزير الصحة / الموقر

8 - انطلاقاً من الاهتمام بالمنظومة الطبية والحرص على الارتقاء بالخدمات الصحية للمواطن فقد حظر المشرع بالقانون 7 لسنة 1989 على الأشخاص ممارسة مهنة الطب في مملكة البحرين إلا بموجب ترخيص رسمي لمزاولة المهنة

فنصت المادة 1 من المرسوم بقانون رقم 7 لسنة 1989 بشأن مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان على انه :

8 "لا يجوز لأحد إبداء مشورة طبية، أو عيادة مريض أو علاجه، أو إجراء عملية جراحية، أو مباشرة ولادة، أو وصف أدوية أو إعطاء مخدر لمريض بأي طريقة كانت، كما لا يجوز الكشف على فم المريض، أو مباشرة أي علاج به، أو وصف أدوية له، أو تركيب أسنان صناعية فيه، وبوجه عام مزاولة مهنة الطب البشري أو طب الأسنان، إلا لمن كان مرخصاً له بمزاولة هذه المهنة بموجب ترخيص رسمي يصدر من وزير الصحة على النحو المبين بهذا القانون".

كما نصت المادة 4 من ذات القانون على انه:

"يجوز لوزير الصحة من دون التقيد بالإجراءات المنوه عنها بالمواد السابقة من هذه القانون، منح تراخيص إستثنائية لمزاولة المهنة بالبحرين للأطباء الزائرين الذين توجه إليهم الدعوة لزيارة البحرين من إحدى المؤسسات الصحية بالبلاد،



RABAB ABDULNABI SALEEM AL ARAYED

عضو مجلس الشورى
MEMBER OF SHURA COUNCIL

على أن تكون تلك التراخيص لفترات قصيرة ومحدودة، وأن توافق الوزارة على برنامج عملهم أثناء الزيارة.

وحيث يوجد في مملكة البحرين العديد من الأطباء من الجنسيات الغير بحرينية العاملة في القطاع الطبي سواء العام أو الخاص وانطلاقاً من الحرص على الإرتقاء بمهنة الطب تحقيقاً للمصلحة العامة ولرفع كفاءة العاملين فيها لترقيته المنظومة الطبية وتحسين نوعية الخدمات الطبية والعمل على إزالة المظاهر السلبية لهذه المهنة.

فإتني أتوجه بالسؤال لمعالي الوزير في الأمور الآتية :

1. كم عدد الأطباء الغير بحرينيين العاملين في القطاع الطبي العام أو الخاص؟
2. ما هي الإجراءات والتدابير المتبعة في منح تراخيص مزاوله مهنة الطب للأطباء الغير بحرينيين العاملين في المملكة ؟ وهل يخضعون لإمتحانات مزاوله المهنة أسوة بالأطباء البحرينيين ؟
3. وهل يتم إعتقاد أسس ومعايير لتقييم الأطباء الغير بحرينيين بصورة دورية خلال فترة عملهم في المملكة ؟

مقدم السؤال العضو

رباب العريض




الرقم : ٥٧٤ / ٢٣ / ٢٠٠٨
التاريخ : ٨ مايو ٢٠٠٨ م

صاحب المعالي السيد علي بن صالح الصالح...الموقر
رئيس مجلس الشورى

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

بالإشارة إلى كتابكم رقم ٤٨ المؤرخ في ٢٢ أبريل ٢٠٠٨ بشأن سؤال سعادة
العضو رباب عبدالنبي العريض حول الإجراءات والتدابير المتبعة في منح تراخيص
مزاولة مهنة الطب البشري لغير البحرينيين ، يسرنا أن نرفق لكم رد الوزارة على
السؤال المذكور .

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،،
وتفضلوا بقبول وافر التحية والتقدير،،،


الدكتور فيصل بن يعقوب الحمير
وزير الصحة

رد وزارة الصحة على سؤال سعادة العضو رباب عبدالنبي العريض حول
الإجراءات والتدابير المتبعة في منح تراخيص مزاولة الطب البشري
لغير البحرينيين

تكون السؤال المذكور أعلاه من قسمين سيتم الإجابة على كل قسم على حدة كما يلي:

القسم الأول من السؤال: كم عدد الأطباء غير البحرينيين العاملين في القطاع الطبي العام أو الخاص؟

رد الوزارة: يبين الجدول أدناه عدد الأطباء غير البحرينيين العاملين في القطاعين العام والخاص للعامين ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧:

| السنة | القطاع العام | القطاع الخاص | المجموع |
|-------|--------------|--------------|---------|
| ٢٠٠٦ | ٣١٨ | ٦٤٢ | ٩٦٠ |
| ٢٠٠٧ | ٣٥٤ | ٧١٠ | ١٠٦٤ |

القسم الثاني من السؤال: ما هي الإجراءات والتدابير المتبعة في منح تراخيص مزاولة مهنة الطب للأطباء غير البحرينيين العاملين في المملكة؟ وهل يخضعون لامتحانات مزاولة المهنة أسوة بالأطباء البحرينيين؟ وهل يتم اعتماد أسس ومعايير لتقييم الأطباء غير البحرينيين بصورة دورية خلال فترة عملهم في المملكة؟

رد الوزارة: يمكن تلخيص الإجراءات المتبعة في منح تراخيص مزاولة مهنة الطب للأطباء غير البحرينيين العاملين في المملكة كما يلي:

١. على المؤسسة الصحية المرخصة التقدم بطلب الترخيص للطبيب لممارسة مهنة الطب مع ضرورة تحديد المسمى المهني المطلوب للطبيب وتخصصه.
٢. تسلم المؤسسة قائمة بالمتطلبات الضرورية لاستكمال ملف الطبيب من مكتب التسجيل والتراخيص (مرفق رقم ١).

٣. تسلم المؤسسة الاستثمارات الخاصة بطلب الترخيص من مكتب التسجيل والتراخيص وهي كالتالي:

أ- استمارة رقم (١) (مرفق رقم ٢): وتحتوي على المعلومات الشخصية الخاصة بالطبيب مع تفاصيل السيرة الذاتية من شهادات علمية وخبرة عملية ومهنية على أن يوقع الطبيب بنفسه على ما جاء فيها من معلومات.

ب- استمارة رقم (٢) (مرفق رقم ٣): يقوم الطبيب بتعبئة القسم الأول من الاستمارة ويسلم الاستمارة لمستول طبي مباشر عمل معه خلال السنوات الأخيرة من ممارسته للمهنة، حيث يعبا هذا المسئول الطبي الجزء الثاني من الاستمارة مع توقيعه وختمه الرسمي وختم المؤسسة الرسمية التي يعمل بها وترسل مباشرة في ظرف مغلق على عنوان مكتب التسجيل والتراخيص المذكور في الاستمارة علماً بأن المطلوب هو ملئ استمارتين.

ت- استمارة رقم (٣) (مرفق رقم ٤): يقوم الطبيب بتعبئة القسم الأول منها ويسلم الاستمارة للجامعة التي تخرج منها لتعبئة الجزء الثاني الذي يثبت تخرجه من الجامعة وإنهاءه جميع المتطلبات للحصول على الشهادة مع ختم الجامعة الرسمي ثم ترسل الاستمارة مباشرة في ظرف مغلق من الجهة المعنية لمكتب التسجيل والتراخيص على عنوان مكتب التسجيل والتراخيص المذكور في الاستمارة.

ث- استمارة رقم (٤) (مرفق رقم ٥): يقوم الطبيب بتعبئة القسم الأول منها ثم يسلم الاستمارة لجهة ترخيصه في بلده لتعبئة الجزء الثاني من الاستمارة ولإثبات ترخيصه لديهم ثم ترسل الاستمارة في ظرف مغلق من الجهة المعنية لمكتب التسجيل والتراخيص مباشرة على عنوان مكتب التسجيل والتراخيص المذكور في الاستمارة.

ج- تتضمن متطلبات الترخيص:

- نسخ طبق الأصل مصدقه من شهادات الطبيب العلمية (تتم مقارنتها مع الشهادات الأصلية عند حضور الطبيب للبحرين قبل ترخيصه).
- نسخه من أثبات الهوية (جواز سفر).
- نسخه من ترخيص الطبيب في بلده.

إن مما تجدر الإشارة إليه هو أن أطباء الطب العام البشري وأطباء طب جراحة الفم والأسنان العام يتوجب عليهم اجتياز امتحان التراخيص الطبية مع ضرورة توافر خبره عملية لمدة

خمس سنوات كحد أدنى وبعد ذلك يتم عرض طلب الترخيص للطبيب بعد استكمال الملف على مسجل المهن الطبية لمراجعته وتحضير ملخص عن الطلب للعرض على اللجنة المختصة (لجنة التراخيص الطبية) وذلك للبت في موضوع الطلب وقد يتطلب ذلك تحويل ملف الطبيب على لجنة من الأطباء في التخصص المطلوب علماً بأنه يتم إعداد محضر اجتماع اللجنة ويتم تصديقه ثم ترسل رسائل للجهة مقدمة الطلب حول قرار اللجنة بشأن الطلب المقدم. وإذا تمت الموافقة على الطلب فيتم إعطاء المؤسسة طالبة الترخيص رسالة لوزارة العمل لاستكمال الإجراءات اللازمة لاستقدام الطبيب من خارج البحرين مع التأكيد على ضرورة اجتياز الطبيب المراد الترخيص له الفحص الطبي اللازم كما تطلب نسخه من البطاقة السكانية قبل أن يسلم الطبيب الترخيص.

ختاماً فإنه لا بد من الإشارة إلى أن تجديد الترخيص يتطلب تعبئة الاستمارة الخاصة بالتجديد (استمارة رقم ٦) (مرفق رقم ٦) ورسالة من جهة العمل بطلب التجديد لترخيص الطبيب بناء على تقييم الطبيب من قبل المؤسسة التي يعمل بها.

مرفق رقم (١)



INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF APPLICATION FORM FOR LICENSE TO PRACTICE AS A HEALTH PROFESSIONAL IN BAHRAIN

Please read all the instructions carefully before completing any part of the application form.

1. Complete the 4-page form titled "Application for license to practice as a health professional" (form no. 1) according to the instructions in the form. Please note your application number and use it in all correspondence with the Licensure Office.
2. Attach copies of the following items to your application:
 - a. Two 1" x 1" photos
 - b. Front pages of passport showing full name and nationality
 - c. Birth certificate
 - d. Statutory evidence of any name change
 - e. CPR card
 - f. Health fitness certificate from Al Razy health center
 - g. Employer letter
 - h. General education certificate (secondary school)
 - i. Professional education certificates (for all specialties which you apply)
 - j. Transcript of professional education
 - k. Registration/license in other country (if your degree was obtained outside Bahrain)
 - l. CV

If any of the documents are not in English or Arabic, certified translations must be submitted with the document. Your application will not be considered unless the above attachments are included in the application. However, for non-residents, CPR and health fitness test certificate can be submitted upon arrival to Bahrain.

3. Submit the application form with the attached documents either by mail or in person.

Postal address:

Office of Licensure and Registration, Rufaedah
Ministry of Health
P.O. Box 12, Manama
Kingdom of Bahrain

Visiting address:

Ministry of Health, Rufaedah building, 3rd floor
Opening hours: Sunday-Thursday, 7 am - 2 pm

4. If you have obtained your professional degree outside Bahrain, complete part I of these forms:
 - a. "Request for verification of registration" (form no 4)
 - b. "Request for certification of professional education" (form no 3)
 - c. "Reference enquiry on professional practice" (two references) (form no 2)

Send the forms to the concerned authority/school/employer for them to complete part II. Inform them to return the forms directly to the Licensure Office. Please note that these forms will not be accepted unless submitted directly by the authority/school/reference. Note: If you have practiced in a GCC country, please provide your license and a reference from that country.

5. Wait for notification of approval of your application. Then go to the cashier at the Directorate of Finance in the Ministry of Health and pay for your license. Bring the receipt to the Licensure Office and pick up your license.

مرفق رقم (٢)





Application number
 (for official use only)

Test admission number -
 if applicable

| |
|--|
| |
| |
| Please attach two photos 1" x 1" |

SPECIMEN

APPLICATION FOR LICENSE TO PRACTICE AS A HEALTH PROFESSIONAL
 (please tick one)

Doctor

- Resident
- Senior resident
- Specialist
- Consultant

Dentist

- Resident
- Senior resident
- Specialist
- Consultant

Nurse

- General nurse
- Practical nurse
- Specialist nurse
- Midwife

Allied

- Dental hygienist
- Dietician
- ECG technician
- Laboratory technician

Allied (cont.)

- Nuclear medicine technician
- Optometrist
- Physiotherapist
- Prosthetist
- Public health inspector
- Radiographer
- Respiratory technician
- Speech/audio therapist
- Other: _____

Specialty (please specify if applicable) _____

1. Personal details

Full name (as it appears in passport) _____

Previous name (if different from above) _____

Address _____

Tel no. (residence) _____ Mobile no. _____

Tel no. (business) _____ Fax no. _____

E-mail _____

C P R no. (if you have one) _____

Passport no. _____ Country of issue _____

Date of birth

| | | |
|-----|-------|------|
| | | |
| Day | Month | Year |

Gender

- Male
- Female

Marital status

- Single
- Married
- Other:

Nationality

- Bahraini
- Other:

Language proficiency

- English
- Arabic
- Other:

Prospective employer/sponsor _____

Address _____

Contact name _____

Tel no. (business) _____ Fax no. _____

Mobile no. _____ E-mail _____

2. Educational background

Please answer sections 2.1-2.3 regarding your level of education.

2.1. General education

Please specify if you have completed secondary school, i.e., 12 years general education.

Yes No

If No, highest level attained: _____

Year of graduation _____

2.2. Professional education

Please list in chronological order (starting with most recent) your professional education. Attach additional sheets if necessary.

| Name and address of University/Institution | Program | Year started | Year completed | Qualification or degree obtained |
|--|---------|--------------|----------------|----------------------------------|
| | | | | |

2.3. Continuing education

Please list in chronological order (starting with most recent) programs of continuing education (e.g., workshops, in house training, etc.) that you have attended with the last 5 years only.

| Name and address of University/Institution | Program/course | No. of days/hrs | Date of attendance | Qualification or certificate obtained |
|--|----------------|-----------------|--------------------|---------------------------------------|
| | | | | |

3. Work experience

For health professionals who have obtained their degrees outside Bahrain, please list in chronological order (starting with most recent) work experience you have obtained following completion of professional education.

| Employer name and address | Type Government (G) Private (P), other (O) | Area of experience/ speciality | Position held | From | To |
|---------------------------|--|-----------------------------------|---------------|------|-----|
| | | | | M/Y | M/Y |
| | | | | | |

4. Licensure in other countries

For health professionals who have obtained their degrees outside Bahrain, please list all licenses which you hold in other countries.

| Country | License authority | Type of license | License number | Issue date | Expiration date |
|---------|-------------------|-----------------|----------------|------------|-----------------|
| | | | | | |

5. Declaration

I, the undersigned, certify that I am the person referred to in the foregoing application for registration as a _____ in the Kingdom of Bahrain, and that the statements herein are true to the best of my knowledge and belief.

I further affirm that I am of good physical and mental health and of good moral character and I will keep the Bahrain licensure authority informed of any criminal charges and/or physical or mental conditions which jeopardize the quality of care rendered by me to the public.

I hereby authorize the Bahrain licensure authority to request any information, files or records to be released from relevant licensing authorities, educational facilities, previous and past employers and personal physician in connection with the processing of this application.

I have carefully read the questions in the foregoing application and have answered them completely, without reservations of any kind and I declare under penalty of perjury that my answers and all statements made herein are true and correct. Should I furnish any false information in this application, I understand that such act shall constitute cause for denial, suspension or revocation of my license to practice in the Kingdom of Bahrain.

Signature

Date

6. Documents required

Please use the following checklists to make sure that you have submitted all necessary documents.

6.1. Attached documents

Copies of the following items are attached:

- C P R card*
- Front pages of passport
- Birth certificate
- Statutory evidence of any name change
- Health fitness certificate*
- Employer letter
- General education certificate (secondary school - 12 years)
- Professional education certificate
- Transcript of professional education
- Registration/license in other country (if you have one)
- CV (if you obtained your degree outside Bahrain)
- Test score report (if applicable)
- Other: _____

* May be submitted upon arrival to Bahrain

Please also attach 2 passport photographs (1" x 1").

6.2. Requested documentation (Applied for health professionals who have obtained their degrees outside Bahrain only)

The following forms have been sent to the concerned authorities:

- Certification of professional education _____
- Verification of registration / license _____
- Reference enquiry _____

مرفق رقم (٣)

10

0

0



SPECIMEN

REFERENCE ENQUIRY ON PROFESSIONAL PRACTICE

Part I - To be completed by the applicant

Note to the applicant: Please complete part I of this form, then send it to a professional officer/supervisor with whom you have been associated/employed within the last 5 years, preferably most recently. The referee must be a person who could speak on your professional ability.

Name _____
First Middle Last (Maiden)

Address _____

Applying for license to practice as a _____ in the Kingdom of Bahrain
Specify profession

Previous/Current Employer _____

Previous/Current Position held by applicant _____

Start date _____ End date _____

Signature Date

Part II - To be completed by the previous/current employer

Dear Sir/Madam,

The above applicant has indicated present or past employment with you. The Office of Licensure & Registration in Kingdom of Bahrain appreciates your assistance in evaluating his/her performance by completing this form and returning it directly to: Office of Licensure & Registration, Rufaedah Building, Ministry of Health, P.O. Box 12, Manama, Kingdom of Bahrain. Please mark the envelope "Reference". This information will be held in the strictest confidence. Thank you for your prompt attention to this enquiry.

This Verification is accepted only if submitted directly from the referee

Name of employer _____

Address _____

Tel no. (business) _____ Mobile no. _____

Fax no. _____ E-mail _____

Applicant's position _____

Date of employment: From _____ To _____

Professional/clinical experience area _____

1. Please rate the applicant in the appropriate space.

| Factor | Below average | Average | Good | Very good | Not observed |
|---|---------------|---------|------|-----------|--------------|
| 1. Professional standards (professional knowledge, demonstration of safe practice, and level of care) | | | | | |
| 2. Character and personality (e.g., reliability, attitude, ability to manage stress) | | | | | |
| 3. Communication skills (e.g., reporting and recording, interpersonal skills) | | | | | |
| 4. Commitment towards self-developments (e.g., attendance/participation in continuing education) | | | | | |
| 5. Management and leadership ability (e.g., problem-solving skills, decision-making ability) | | | | | |

2. Please give other information which you feel might be of value in evaluating the applicant (use extra sheet if necessary).

3. Do you consider the applicant to be proficient in reading, writing, and speaking English, and be able to receive and issue instructions concerning the care of patients without risk of misunderstanding? Yes No

4. Do you recommend the applicant for registration with this Licensing authority? Yes No

5. If your answer to the previous question is "No", please state the reason.

Signature _____

Official stamp/seal

Name (in block letters) _____

Position title _____

Date _____



SPECIMEN

REFERENCE ENQUIRY ON PROFESSIONAL PRACTICE

Part I - To be completed by the applicant

Note to the applicant: Please complete part I of this form, then send it to a professional officer/supervisor with whom you have been associated/employed within the last 5 years, preferably most recently. The referee must be a person who could speak on your professional ability.

Name _____
First Middle Last (Maiden)

Address _____

Applying for license to practice as a _____ in the Kingdom of Bahrain
Specify profession

Previous/Current Employer _____

Previous/Current Position held by applicant _____

Start date _____ End date _____

Signature

Date

Part II - To be completed by the previous/current employer

Dear Sir/Madam,
The above applicant has indicated present or past employment with you. The Office of Licensure & Registration in Kingdom of Bahrain appreciates your assistance in evaluating his/her performance by completing this form and returning it directly to: Office of Licensure & Registration, Rufaedah Building, Ministry of Health, P.O. Box 12, Manama, Kingdom of Bahrain. Please mark the envelope "Reference". This information will be held in the strictest confidence. Thank you for your prompt attention to this enquiry.

This Verification is accepted only if submitted directly from the referee

Name of employer _____

Address _____

Tel no. (business) _____ Mobile no. _____

Fax no. _____ E-mail _____

Applicant's position _____

Date of employment: From _____ To _____

Professional/clinical experience area _____

1. Please rate the applicant in the appropriate space.

| Factor | Below average | Average | Good | Very good | Not observed |
|---|---------------|---------|------|-----------|--------------|
| 1. Professional standards (professional knowledge, demonstration of safe practice, and level of care) | | | | | |
| 2. Character and personality (e.g., reliability, attitude, ability to manage stress) | | | | | |
| 3. Communication skills (e.g., reporting and recording, interpersonal skills) | | | | | |
| 4. Commitment towards self-developments (e.g., attendance/participation in continuing education) | | | | | |
| 5. Management and leadership ability (e.g., problem-solving skills, decision-making ability) | | | | | |

2. Please give other information which you feel might be of value in evaluating the applicant (use extra sheet if necessary).

3. Do you consider the applicant to be proficient in reading, writing, and speaking English, and be able to receive and issue instructions concerning the care of patients without risk of misunderstanding? Yes No

4. Do you recommend the applicant for registration with this Licensing authority? Yes No

5. If your answer to the previous question is "No", please state the reason.

Signature _____

Official stamp/seal

Name (in block letters) _____

Position title _____

Date _____

مرفق رقم (٤)

...

○

○



SPECIMEN

REQUEST FOR CERTIFICATION OF PROFESSIONAL EDUCATION

Part I - To be completed by the applicant

Note to the applicant: Please complete part I of this form then send it to the school/college from which you obtained your professional education.

Name _____
First Middle Last (Maiden)

School/college _____

Program/degree _____

Enrollment date _____ Graduation date _____

Applying for license to practice as a _____ in the Kingdom of Bahrain
Specify profession

Signature Date

Part II - To be completed by the Chief Administrative Officer of the school/college

Dear Sir/Madam,
The Office of Licensure & Registration in Bahrain greatly appreciates your assistance in evaluating the above applicant by completing this form and returning it directly to: Office of Licensure & Registration, Rufaedah Building, Ministry of Health, P.O. Box 12, Manama, Kingdom of Bahrain. Please mark the envelope "Education".

Name of Graduate _____

Name of school/college _____

Address _____

Date enrolled _____ Date graduated _____

Length of program _____ Degree/certificate _____

School/college accredited/approved by _____

Please attach an official transcript (record of all subjects taken, including theoretical and clinical hours per semester/ course as well as equivalence of credit hours) for this applicant. This document must carry the institution official seal or stamp and signature of the Chief Administrative Officer.

Signature _____

Official seal

Name (in block letters) _____

Title _____

Date _____

This certification is accepted only if submitted directly from the institution together with transcript of education

مرفق رقم (٥)



SPECIMEN

REQUEST FOR VERIFICATION OF REGISTRATION IN ANOTHER COUNTRY

Part I - To be completed by the applicant

Note to the applicant: Please complete part I of this form, then send it to the licensing authority where you were originally licensed.

Name _____
First Middle Last (Maiden)

Applicant Current Address _____

Name of Licensing authority _____

Original License number _____

License issue date _____ Expiration date _____

Applying for license to practice as a _____ in the Kingdom of Bahrain
Specify profession

Signature Date

Part II - To be completed by the licensing authority

Dear Sir/Madam,
The Office of Licensure & Registration in Bahrain greatly appreciates your assistance in evaluating the above applicant by completing this form and returning it directly to: Office of Licensure & Registration, Rufaedah Building, Ministry of Health, P.O. Box 12, Manama, Kingdom of Bahrain. Please mark the envelope "Verification of registration".

School/college attended and country _____

Year Graduated _____

Length of program _____ Program approved Yes No

License no. _____ Status of license Current Lapsed

Registration/license issue date _____ Expiration date _____

Licensed by Exam Endorsement Waiver

Has license ever been revoked, suspended, restricted or placed on probation? Yes (please explain on reverse side) No

Is licensee currently under investigation? Yes (please explain on reverse side) No

Signature _____

Official stamp/seal

Name (in block letters) _____

Title _____

Date _____

This verification is accepted only if submitted directly from the licensing authority

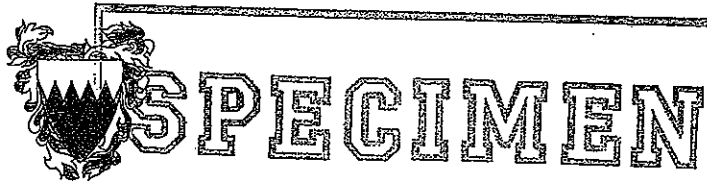
License revoked, suspended, restricted or placed on probation for the following reasons:

License currently under investigation because:

مرفق رقم (٦)

01
6





APPLICATION FOR RENEWAL OF LICENSE TO PRACTICE AS A HEALTH PROFESSIONAL
 (please tick one)

- | | | |
|---|--|---|
| Doctor <input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Senior resident <input type="checkbox"/> Specialist <input type="checkbox"/> Consultant Dentist <input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Senior resident <input type="checkbox"/> Specialist <input type="checkbox"/> Consultant | Nurse <input type="checkbox"/> General nurse <input type="checkbox"/> Practical nurse <input type="checkbox"/> Specialist nurse <input type="checkbox"/> Midwife Allied <input type="checkbox"/> Dental hygienist <input type="checkbox"/> Dietician <input type="checkbox"/> ECG technician <input type="checkbox"/> Laboratory technician | Allied (cont.) <input type="checkbox"/> Nuclear medicine technician <input type="checkbox"/> Optometrist <input type="checkbox"/> Physiotherapist <input type="checkbox"/> Prosthetist <input type="checkbox"/> Public health Inspector <input type="checkbox"/> Radiographer <input type="checkbox"/> Respiratory technician <input type="checkbox"/> Speech/audio therapist <input type="checkbox"/> Other: _____ |
|---|--|---|

Speciality (please specify if applicable) _____

1. Personal details

License/registration no. _____ C P R No. _____

Full name (as it appears on C P R card) _____

Home address (as it appears on C P R card) _____

Tel no. (residence) _____ Mobile no. _____

Tel no. (business) _____ Fax no. _____

E-mail _____

2. Employment details

Please comment on your current status of employment - Employed Yes Full Time Part Time
 No

Please list in chronological order (starting with the most recent) work experience you have obtained since your last license renewal.

| Employer name and address | Type (Hospital, Health center, Clinic) | Position held | Type | Area of practice | From | To | No. of Hours |
|---------------------------|--|---------------|------|------------------|------|-----|--------------|
| | | | | | M/Y | M/Y | |
| | | | | | | | |

3. Continuing education

Please enter all continuing education activities in which you have participated since the last renewal in the below spaces.

3.1. Programs more than a year

Please list programs exceeding one academic year in duration only. Attach certified copies of transcript.

| Country | Institution | Program | Date entered | Date completed | Qualifications received |
|---------|-------------|---------|--------------|----------------|-------------------------|
| | | | | | |

3.1. Programs less than a year

Please list all continuing education activities less than a year in duration since last renewal. Attach certified copies of attendance records.

| Country | Institution | Activity (seminar, workshop, research paper etc. | Area* | Subject/Title | Date entered | Date completed | No. of Hours |
|---------|-------------|--|-------|---------------|--------------|----------------|--------------|
| | | | | | | | |

*Area: C = Clinical M = Management E = Education R = Research O = Other

I hereby declare the information submitted to be correct and truthful to the best of my knowledge.

Signature

Date

In accordance with the law in Bahrain (Decree no. 7 of 1989 for Physicians and Dentists and Decree no. 2 of 1987 for Nursing and Allied Health Professions), you are requested to notify the Licensure authority whenever you change your name, home address, or your place of practice.