

Your name



الموظيفة

Job *

Preferred job position

الوثائق المطلوب إرفاقها مع الطلب : (السيرة الذاتية , صورة عن الهوية , صورة عن شهادات الدراسة , Upload C.V, الخبرة والتوصيات إن وجد)

Add a new file

Files must be less than 1 MB.

Allowed file types: pdf doc docx.

معلومات شخصية

صورة شخصية

Files must be less than 2 MB.

Allowed file types: png gif jpg jpeg.

*اسم العائلة الحالي

اسم العائلة السابق

Full Name *

(حسب جواز)

(السفر)

*الاسم الشخصي كامل بالإنجليزي

(حسب جواز السفر)

ID Number *

*هل رقم هويتك فلسطيني؟ نعم

لا

*إذا كانت هوية فلسطينية هل يوجد لديك تصريح؟ نعم

لا

نوع التصريح N/A

عمل

شخصي

لم شمل

Gender * male

- [Youtube](#)
- [Twitter](#)
- [Facebook](#)
- [Join our Centers](#)

female

Date of Birth * Month

Day

Year

Place of Birth *

أعزبة * الوضع الاجتماعي

متزوجة

مطلقة

أرملة

آخر

Martial Status *

عضو في صندوق المرضى N/A

مؤحيدات

ليؤميت

مكابي

كلاليت

العنوان الشخصي

City *

Street

Town *

P.O Box

Email *

* رقم الهاتف

* رقم الخليوي 1

رقم الخليوي 2

بيانات الزوجة

الاسم الشخصي للزوجة

هل يعمل / تعمل؟ N/A

نعم

لا

مكان العمل

نوع العمل

عضو في صندوق المرضى N/A

مؤحيدات

ليؤميت

مكابي
كلايت

رقم بطاقة الهوية
تاريخ الميلاد الدقيق Month
Day
Year

بيانات الابناء

حتى جيل ١٨ عام
الجنس N/A
male
female
رقم الهوية
الاسم
Month
Day
Year

Order
Weight for row 1

ابناء أكبر من ١٨ عام
الجنس N/A
male
female
رقم الهوية
الاسم
Month
Day
Year

Order
Weight for row 1

اللغات

المهارات اللغوية
*اللغة
*القراءة

Order
Weight for row 1

المهارات اللغوية

Order

*الكتابة

*المحادثة

Certificate

Current Address *

Secondary Education Degree

Duration

سنة التخرج Month

Day

Year

School Name

Place

Major

Certificate

المعدل

Bachelor Degree

Duration

سنة التخرج Month

Day

Year

University

Place

Major

Certificate

المعدل

Postgraduate Education

Duration

سنة التخرج Month

Day
Year

University
Place
Major
Certificate
المعدل

دورات ومهارات

دورات ومهارات (دورات تدريبية , ندوات , مؤتمرات , وورش عمل)

Order
Weight for row 1

التراخيص الطبية الاسرائيلية

رقم الترخيص العام لمزاولة المهنة

التخصص

من تاريخ Month

Day

Year

رقم ترخيص اخصائي (للاطباء فقط)

التخصص

من تاريخ Date

Format: 07/09/2026

رقم ترخيص اخصائي (للاطباء فقط)

التخصص

من تاريخ Month

Day

Year

المرحلة أ من التخصص (للأطباء فقط) N/A

نعم
لا

اسم المستشفى
المرحلة ب من التخصص (للأطباء فقط) N/A
نعم
لا

اسم المستشفى

الخبرات العملية بعد التخرج

اسم المؤسسة الخبرات العملية بعد التخرج (يرجى إرفاق قسيمة الراتب) (التلوش) (من مكان العمل السابق + توصيات)

شمولة الوظيفة (كامل/جزئي) N/A
كامل
جزئي

الوظيفة
اسم المدير المباشر السابق
هاتف المدير المباشر السابق
الاجر الكلي في الونة الخيرة
سبب ايقاف العمل

الاسماء الموضحة أدناه يعرفونني معرفة تامة وعلى استعداد لتقديم توصياتهم الخاصة بي

الاسم الاسماء الموضحة أدناه يعرفونني معرفة تامة وعلى استعداد لتقديم توصياتهم الخاصة بي

العنوان
رقم الهاتف
صلة القرابة
الوظيفة

أقرباء يعملون في صناديق مرضى سواء صندوق مؤحيدات ام صندوق آخر أو مراكز طبية اخرى أو مستشفيات

الاسم الشخصي أقرباء يعملون في صناديق مرضى سواء صندوق مؤحيدات ام صندوق آخر أو مراكز طبية اخرى أو مستشفيات

والعائلة
صلة القرابة
الوظيفة
صندوق المرضى العامل به
اجير/مستقل N/A
أجير
مستقل

CAPTCHA This field is for testing whether or not you are a human visitor and to prevent automated spam submissions.

Vertical Tabs

Copyright © 2019 AL HAYAT MEDICAL CENTERS. All rights reserved

Web Development by: [Beyond Designs](#)