



**QCHP**  
المجلس القطري للتخصصات الصحية  
Qatar Council for Healthcare Practitioners



## تعميم رقم (2018/9)

من	المجلس القطري للتخصصات الصحية
إلى	<ul style="list-style-type: none"><li>• كافة الممارسين الصحيين الراغبين في الحصول على ترخيص مؤقت في دولة قطر (القطاعين الحكومي والخاص)</li><li>• كافة ضباط الاتصال في دولة قطر (القطاعين الحكومي والخاص)</li></ul>
الموضوع	تحديث على سياسة منح الترخيص المؤقت لجميع فئات الممارسين الصحيين في دولة قطر
التاريخ	8 مايو 2018

"يُهديكُم المجلس القطري للتخصصات الصحية أطيّب التمنيّات"

انطلاقاً من سعى إدارة التسجيل بالمجلس القطري للتخصصات الصحية لتسهيل عملية منح التراخيص المؤقتة للممارسين الصحيين بما لا يتعارض مع جودة الخدمات الصحية المقدمة، وسعيًا إلى سرعة الاستفادة من خبرات الكادر الصحي في الدولة بما لا يتنافى مع قانونية الإجراءات المطلوبة لهذا الغرض. فقد تقرر منح الترخيص المؤقت للممارسين الصحيين دون اشتراط الحصول المسبق على رخصة الإقامة في الدولة، على أن يتعهد الممارس الصحي باستكمال إجراءات إصدار رخصة الإقامة أثناء فترة الترخيص المؤقت (6 أشهر)، ويتم العمل بالترخيص المؤقت وفق الإطار المُحدّد كما ورد في تعميم رقم (2015/3) و (2015/10).

وفي حال تقدم الممارس الصحي للحصول على الترخيص المؤقت دون الحصول المسبق على رخصة الإقامة، فإنه يتعين عليه تزويد إدارة التسجيل بما يلي :

- شهادة حسن السيرة والسلوك الجنائية من البلد الأم مصدقةً من وزارة الخارجية القطرية.
- فحص طبي ساري المفعول من البلد الأم ( فحص دم، وأشعة صدر) وفقاً لمتطلبات إدارة التسجيل مصدقاً من وزارة الخارجية القطرية.

وفي حال كان الممارس الصحي حاصلاً على رخصة الإقامة وقت تقدمه للترخيص المؤقت، فإنه يعفى من المطلبين المذكورين أعلاه، ويكتفى باستيفاء المتطلبات كما وردت في تعميم رقم (2015/3) و (2015/10).

للاستفسار يرجى التواصل مع:

- جواهر العلي: [jalali@moph.gov.qa](mailto:jalali@moph.gov.qa)
- د. سومة التركي: [seltorky@moph.gov.qa](mailto:seltorky@moph.gov.qa)

شاكركم لكم حسن تعاونكم

إدارة التسجيل / المجلس القطري للتخصصات الصحية



**QCHP**  
المجلس القطري للتخصصات الصحية  
Qatar Council for Healthcare Practitioners



**For Facilities**

## Acknowledgment and Undertaking

**Name of Institution/Healthcare Facility:** \_\_\_\_\_

I, the undersigned \_\_\_\_\_, the medical director of the Institution/Healthcare Facility hereby undertake that the Institution/Healthcare Facility shall be fully responsible for the quality of the services provided by our healthcare practitioners who have obtained a temporary license by Qatar Council for Healthcare Practitioners. In the event of a medical error or negligence, QCHP will not be held liable in this regard. **I also acknowledge that I am fully aware of the conditions mentioned below and that they will be shared with all the concerned parties (focal points and healthcare practitioners)** as soon as they have been received and signed with all legal rights reserved to QCHP.

1- The licenses granted are temporary ones and are only valid for use in the Institution/Healthcare Facility mentioned above once the institution is licensed by the Facilities Accreditation and Licensing Department at the Ministry of Public Health, and may not be used in any other institution.\*

2- Healthcare practitioners cannot apply for any type of request using this license (renewal, change place of work....).

3- No certificate of good standing will be issued depending on this license. However, a "To Whom It May Concern" letter can be issued mentioning the type of license.

4- This license will be cancelled after 6 months from the date of issuance and it is non-renewable.

5- Practitioners' QID must be issued within 6 months of the temporary license's issuance.

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature of the above mentioned:** \_\_\_\_\_

\*Unless there is a formal agreement between QCHP and the above mentioned institution that states otherwise



**QCHP**  
المجلس القطري للتخصصات الصحية  
Qatar Council for Healthcare Practitioners



**For Practitioners**

## Acknowledgment and Undertaking

**Name of Institution/Healthcare Facility:** \_\_\_\_\_

I, the undersigned \_\_\_\_\_, the practitioner aspiring to work in the Institution/Healthcare Facility mentioned above hereby undertake that in the event of a medical error or negligence, QCHP will not be held liable in this regard as long as I am holding a temporary license. **I also acknowledge that I am fully aware of the conditions mentioned below** as soon as they have been received and signed with all legal rights reserved to QCHP.

1- The licenses granted are temporary ones and are only valid for use in the Institution/Healthcare Facility mentioned above once the institution is licensed by the Facilities Accreditation and Licensing Department at the Ministry of Public Health, and may not be used in any other institution. \*

2- Healthcare practitioners cannot apply for any type of request using this license (renewal, change place of work....).

3- No certificate of good standing will be issued depending on this license. However, a "To Whom It May Concern" letter can be issued mentioning the type of license.

4- This license will be cancelled after 6 months from the date of issuance and it is non-renewable.

5- Practitioner's QID must be issued within 6 months of the temporary license's issuance.

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature of the above mentioned\*\*:** \_\_\_\_\_

**Facility Stamp:**

\*Unless there is a formal agreement between QCHP and the above mentioned institution that states otherwise

\*\* This form – once signed – must be attached to your online application for registration/evaluation