



تعميم رقم (DHP/2025/09)

من	إدارة التخصصات الصحية / وزارة الصحة العامة
إلى	• جميع المنشآت الصحية في دولة قطر • كافة ضباط اتصال المنشآت الصحية في دولة قطر
الموضوع	تذكير بالتعميم رقم (26/2016) الخاص بإجراء تبادل المعلومات في حال توقف الممارس الصحي عن العمل
التاريخ	22/07/2025

تهديكم إدارة التخصصات الصحية أطيب تحية وتقدير

والحاقاً بالتعميم رقم (26/2016) والخاص بإجراء تبادل المعلومات في حال توقف الممارس الصحي عن العمل وانطلاقاً من حرص إدارة التخصصات الصحية بوزارة الصحة العامة على تنظيم عمل الممارسين داخل دولة قطر، ونظراً لضرورة تحديث قاعدة البيانات الخاصة بالممارسين الصحيين وحصر عددهم الفعلي على نظام التسجيل / الترخيص الإلكتروني، فإن إدارة التخصصات الصحية تهيب بالسادة أصحاب المنشآت الصحية وضباط الاتصال بضرورة إخطار الإدارة في حال توقف أي ممارس صحي عن العمل لديها لأي سبب من الأسباب، وذلك عن طريق التقدم إلكترونياً بطلب "إزالة من السجل" وإرفاق خطاب رسمي من المنشأة الصحية يتم توقيعه من المدير الطبي ويتضمن سبب وتاريخ توقف الممارس الصحي عن العمل لديها، حتى يتسنى لإدارة التخصصات الصحية اتخاذ الإجراءات اللازمة نحو تحديث نظام التسجيل / الترخيص الإلكتروني.

ومثال على تلك الحالات:

- الاستقالة
- استغناء المنشأة عن خدمات الممارس الصحي
- ترك الممارس الصحي البلاد لفترة طويلة
- وفاة الممارس
- أي أسباب أخرى تؤدي إلى توقفه عن العمل

مرفق: دليل المستخدم لآلية تقديم طلب إزالة/حذف من السجل

للمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع البريد الإلكتروني: DHPRegistration@MOPH.GOV.QA

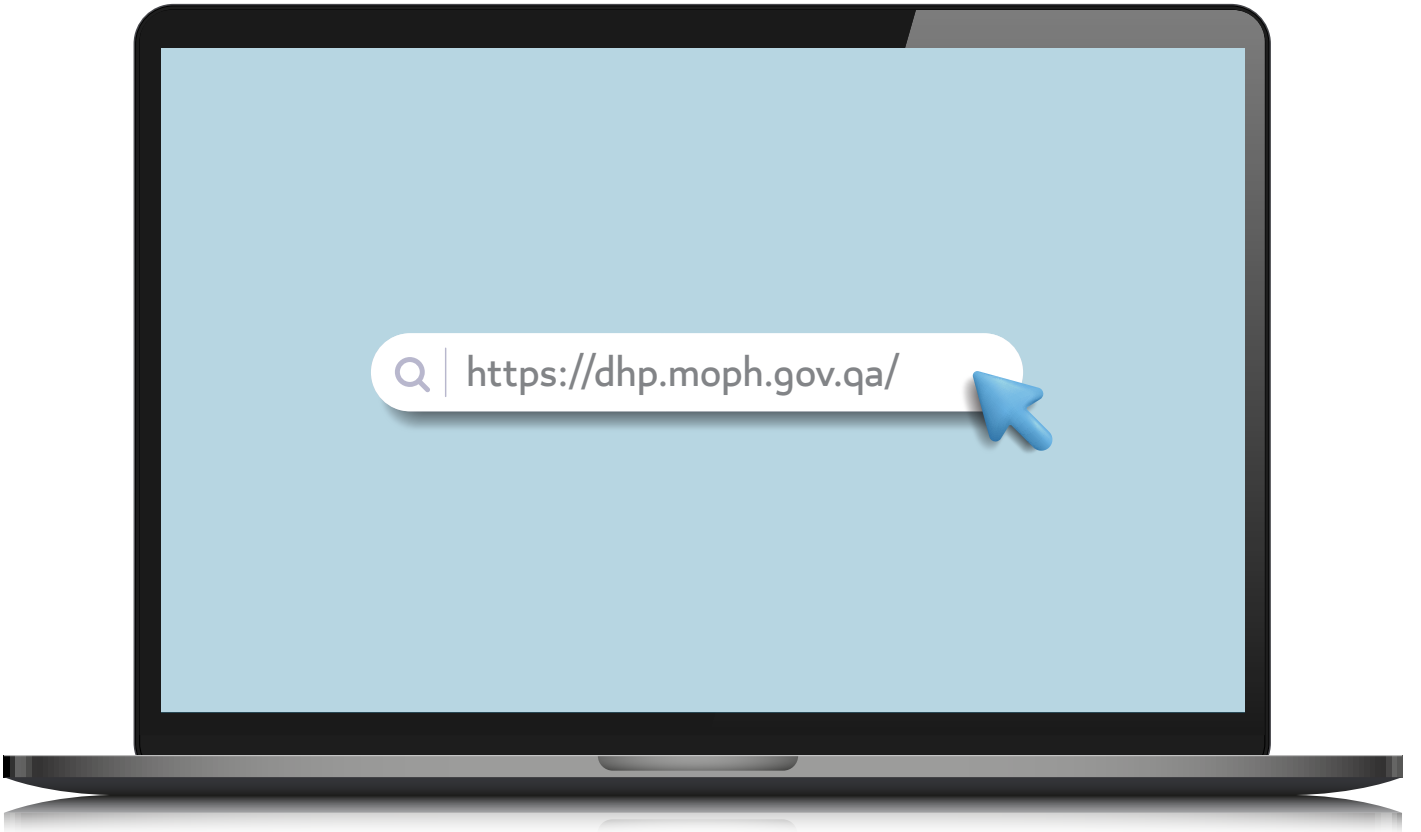
شاكرين لكم حسن تعاونكم

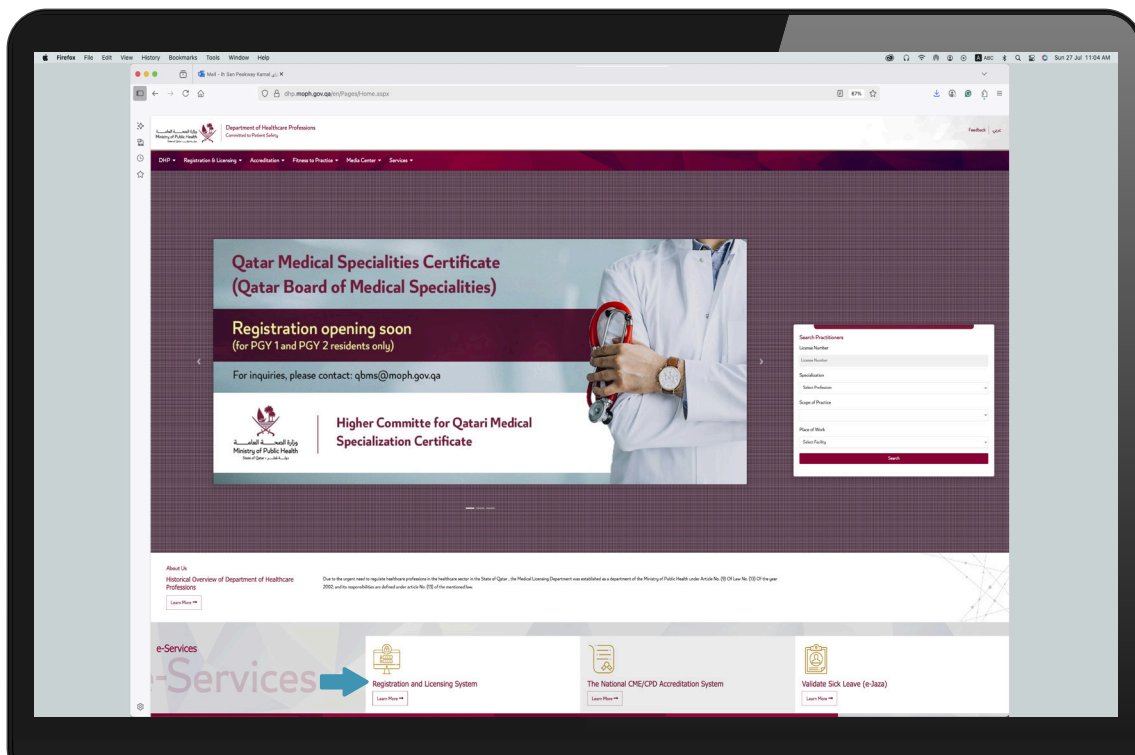
إدارة التخصصات الصحية
وزارة الصحة العامة



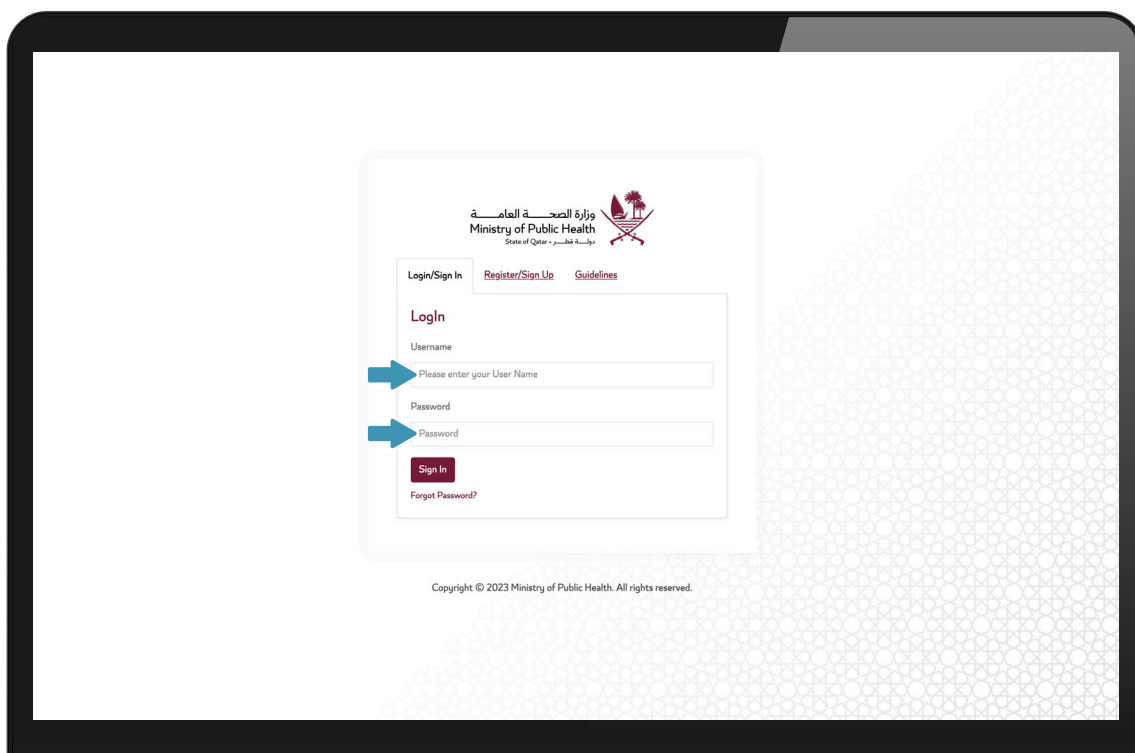
دليل المستخدم

الإزالة من السجل

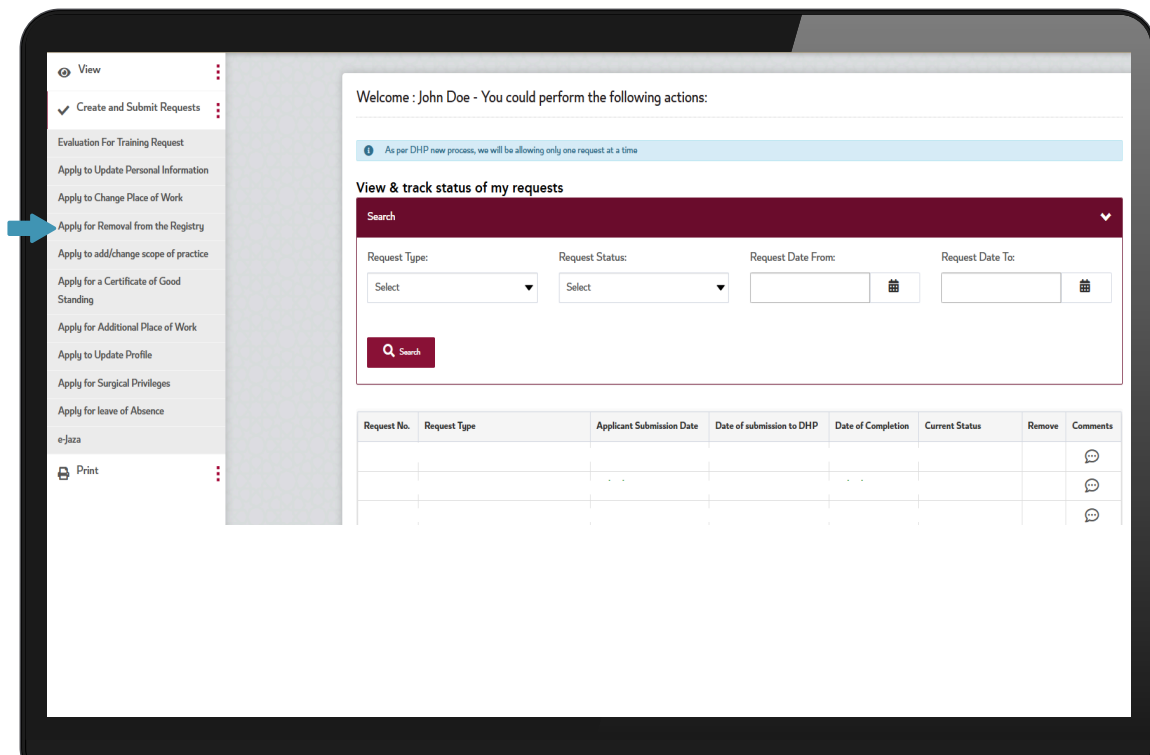




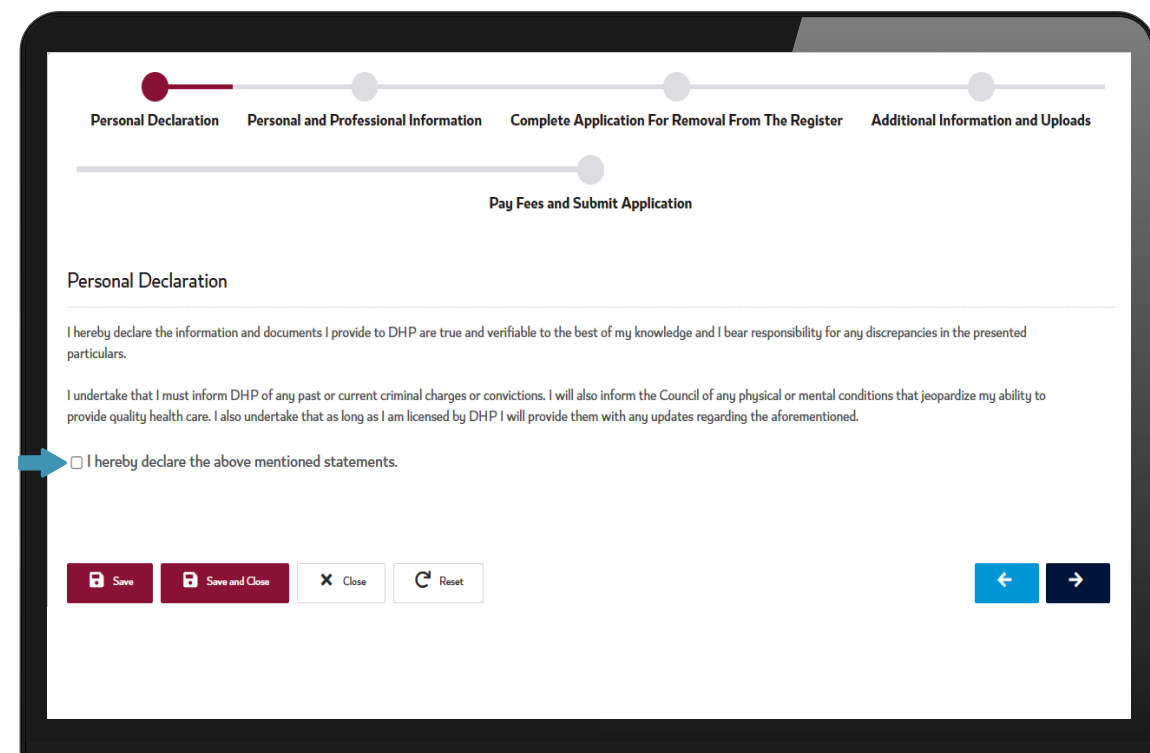
1. قم بزيارة <https://dhp.moph.gov.qa> وانقر على “Registration & Licensing System”.



2. قم بتسجيل الدخول باستخدام اسم مستخدم وكلمة مرور حساب الممارس.



3. انقر على "Apply for Removal from the Registry"



4. الإقرار الشخصي

Personal Declaration Personal and Professional Information Complete Application For Removal From The Register Additional Information and Uploads Pay Fees and Submit Application

Personal and Professional Information

Personal Information

First Name on Passport* Middle Name(s) on Passport Last Name on Passport*

First Name on Passport - Arabic* Middle Name(s) on Passport - Arabic Last Name on Passport - Arabic*

Gender* Date of Birth*

Passport Information

Passport Number* Passport Expiry Date* Nationality*

Passport Scanned Copy

Maximum File Size is: 2 MB. Allowed file extensions are: .PDF, .JPG, .JPEG, .PNG

Attachments Remove

QCHP_application_Test Documents-Passport-288188.pdf

Personal Photos:

Maximum File Size is: 2 MB

Photo1-Photo-288188.JPG

Qatar ID Details

Licence Type

☒ Permanent ☐ Locum ☐ Non Resident

For more information, please see circular no. (CHP/2023/706) on the following link
Kindly attach both sides of your QID in one file

Qatar ID Number* QID Expiry Date*

QID Scanned Copy

Maximum File Size is: 2 MB

QCHP_application_Test Documents-QID-288188.pdf

National Number

National Number

National Id Copy

Please upload your Home country National Id

Maximum File Size is: 2 MB

Contact Information

The following information will be used to contact you. Please make sure you enter accurate and valid contacts

Email Address*

Address / P.O Box*

Police Clearance Documents

Please attach your police clearance from Qatar.

Attachments Description

QCHP_application_Test Documents-Police-288118.pdf

Save Save and Close Close Reset

5. يرجى ملء جميع المعلومات حسب علامة النجمة

Progress bar: Personal Declaration, Personal and Professional Information, Complete Application For Removal From The Register, Additional Information and Uploads, Pay Fees and Submit Application.

Complete Application For Removal From The Register

Select one of the following statements. I wish to have my account removed from the register of health practitioners

☒ On the date this application is approved

☐ With effect on calendar to select date

Note: (Note that the date must be within three months of this application)

Please answer the following questions, which are asked for our workforce statistics:

Note: Information provided shall be confidential and will not be communicated or shared with your employer or any other parties.

Are you retiring from practice?

Select

Buttons: Save, Save and Close, Close, Reset, Previous, Next.

6. استكمال طلب الحذف من السجل

Progress bar: Personal Declaration, Personal and Professional Information, Complete Application For Removal From The Register, Additional Information and Uploads, Pay Fees and Submit Application.

Additional Information and Uploads

Additional Information:

Note: Please attach the Primary Source Verification (Dataflow) payment receipt or report (if applicable). Please add any additional information and/or attach any supporting documents that are relevant to your application.

Please provide additional information(if required)

Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are :PDF, JPG, JPEG, PNG

File Description

Attachments	Description	Remove
QCHP_application Test Documents-Others-288318.pdf	Test Doc	

Buttons: Save, Save and Close, Close, Reset, Previous, Next.

7. معلومات إضافية وتحميلات

Personal Declaration Personal and Professional Information Complete Application For Removal From The Register Additional Information and Uploads Pay Fees and Submit Application

Pay Fees and Submit Application

Please note that there is no payment for sent back requests, so please submit to proceed to the next stage.

Request Type: Request Transaction ID:

8. تقديم الطلب

Department of Healthcare Professions وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
مملكة البحرين - مملكة البحرين

Welcome : John Doe - You could perform the following actions:

As per DHP new process, we will be allowing only one request at a time. You have already created a request and its in pending stages. Hence you will not be allowed to create new request until completed.

View & track status of my requests

Search

Request Type: Request Status: Request Date From: Request Date To:

Request No.	Request Type	Applicant Submission Date	Date of submission to DHP	Date of Completion	Current Status	Remove	Comments
	Apply for Removal from the Registry	08/07/2025			Under process with DHP		

بعد التقديم بنجاح، ستظهر حالة الطلب كما هي قيد المعالجة مع DHP.



www.moph.gov.qa



[/MOPHQatar](https://www.facebook.com/MOPHQatar)



[/MOPHQatar](https://twitter.com/MOPHQatar)



[/MOPHQatar](https://www.instagram.com/MOPHQatar)



نموذج استقالة Resignation Letter Template

Date:

التاريخ:

Name:

الاسم:

QID No.

رقم البطاقة الشخصية:

Profession:

☐ Physician

☐ Dentist

☐ Pharmacist

☐ Allied Health Professions

☐ Nurse

المهنة:

☐ طب بشري

☐ طب أسنان

☐ صيدلة

☐ مهن طبية مساعدة

☐ تمريض

License Number:

رقم الترخيص:

Employment Start Date:

تاريخ بدء العمل:

Employment End Date:

تاريخ نهاية العمل:

Institution Name:

اسم المنشأة:

Facility Stamp:

ختم المنشأة:

Medical Director's Signature and License Number:

توقيع ورقم ترخيص المدير الطبي:

.....
.....

.....
.....