

إعلان

تعن وزارة التربية والتعليم والتعليم الفني عن المنح المقدمة من وزارة التجارة الصينية عدد (٣) للحصول على درجة الماجستير لعامي ٢٠١٨ - ٢٠١٩ للسادة المسؤولين الحكوميين .

الهدف من البرامج :-

توطيد أواصر الصداقة والتعاون بين مصر والصين تحقيقاً لهدف إصلاح التعليم والتطوير .
الفترة المستهدفة :-

مسئولي أو موظفي أو مديري الإدارات أو مديري عموم الهيئات الحكومية أو الجامعات .

مخالفات الدراسة :-

- برامج الماجستير المقدمة من وزارة التجارة الصينية وعددها (٣) منح على النحو التالي :-

م	اسم البرنامج	فترة التنفيذ من إلى
١	القيادة التعليمية والسياسية	٢٠١٨/٩/١ إلى ٢٠١٩/٨/٣١
٢	التعليم المقارن	٢٠١٨/٩/١ إلى ٢٠٢٠/٨/٣١
٣	الإدارة التعليمية	٢٠١٨ إلى ٢٠٢٠

الشروط الواجب توافرها في المرشحين :- أن يكون :

- ١- مصري الجنسية .
- ٢- حاصل على درجة البكالوريوس أو مايعادلها .
- ٣- حاصل على شهادة توفيل أو ايلتس .
- ٤- ألا يزيد عمر المتقدم عن ٥٠ عاماً إذا كان يشغل منصب مدير عام وألا يزيد عمر المتقدم عن ٤٥ إذا كان موظفاً .
- ٥- ألا يكون قد اشترك في دورات تدريبية مقامة بوزارة التجارة الصينية خلال الثلاث سنوات الماضية .
- ٦- أن ترتبط طبيعة عمل المرشح بموضوع برنامج الماجستير .
- ٧- إجادته اللغة الانجليزية تحدثاً وكتابةً إجادة تامة .
- ٨- أن يكون المرشح متمتعاً بالصحة النفسية والجسدية وعدم الحمل بالنسبة للسيدات .

الشروط الخاصة بتنظيم البعثات والإجازات الدراسية والمنح :- (وفقاً للقواعد المنظمة من القانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٥٩)

شروط منح إجازة دراسية للمتقدم طوال فترة الدراسة :

- ١- أن يكون قد أمضى في الخدمة سنتين على الأقل .
- ٢- ألا يزيد السن عن ٤٠ سنة ميلادية .
- ٣- أن يكون تقدير المؤهل الدراسي الأصلي عند التخرج جيد على الأقل .
- ٤- أن تكون تقارير كفاية الأداء في العامين الأخيرين بدرجة ممتاز وألا تكون قد وقعت عليه أي جزاءات خلال الثلاث سنوات السابقة.
- ٥- أن تكون الجهة التي يتبعها المتقدم في حاجة ماسة إلى الدراسة التي سيقوم بدراستها .

الشروط العامة للمنح :-

- ١- أن يكون المتقدم قد أدى الخدمة العسكرية أو أعفى منها نهائياً .
- ٢- ألا يكون قد سافر على أي منحة أو حصل على بعثات تدريبية من الوزارة عدا من أتم الفترة المحددة لخدمة الوزارة بعد العودة من البعثة أو الاستفادة من المنحة .
- ٣- ألا يكون من العاملين بنظام التعاقد أو المكافأة .

شروط التقديم :-

www.CampusChina.org

- إتمام التسجيل من خلال الموقع الإلكتروني التالي :

يتم طباعة استمارات التقديم المرفقة مع الاعلان واستيعانها واعتمادها وتسليمها مع الوثائق التالية :

- ١- صورة طبق الأصل من المؤهل الدراسي .
- ٢- استمارة بيانات المرشح (مرفق) وصحيفة أحوال حديثة .
- ٣- إثادة بالموقف من البعثات التدريبية .
- ٤- استمارة الكشف الطبي المعتمدة من قبل أحد المستشفيات في القاهرة والاسكندرية والتي تحددها السفارة الصينية والمرفقة بالإعلان .
- ٥- صورة جواز السفر ساري لمدة ٦ شهور .
- ٦- عدد (٥) صور شخصية خلفية بيضاء لجواز السفر والشهادة .
- ٧- خطاب توصية من مكان العمل الحالي .
- ٨- السيرة الذاتية للمتقدم باللغة الانجليزية .

آخر موعد للتقديم: =

- بالنسبة للتسجيل على شبكة الانترنت هو يوم ٢٠١٨/٤/٣٠

- بالنسبة لتسليم الوثائق المطلوبة بالإدارة العامة للعلاقات الثقافية والوافدين (إدارة المنح والاجازات المراسمية) بديوان عام الوزارة هو يوم الخميس الموافق ٢٠١٨/٤/١٩ في تمام الساعة العاشرة صباحاً .
علماً بأنه :

- * سيتم عقد لجان المقابلات الشخصية للسادة الراغبين للالتحاق بهذه البرامج بحقو الإدارة العامة للعلاقات الثقافية والوافدين بديوان عام الوزارة في تمام الساعة العاشرة صباحاً على مدار ثلاثة أيام كالتالي :
- يوم الاحد الموافق ٢٠١٨/٤/٢٢ . مخصص لبرنامج ' القيادة التعليمية وسياسية ' .
- يوم الاثنين الموافق ٢٠١٨/٤/٢٣ . مخصص لبرنامج ' التعليم المقارن ' .
- يوم الثلاثاء الموافق ٢٠١٨/٤/٢٤ . مخصص لبرنامج ' الادارة التعليمية ' .

رئيس الإدارة المركزية للخدمات المركزية

د. هاشم السجوري
٢٠١٨

مدير عام العلاقات الثقافية والوافدين

د. هاشم السجوري
٢٠١٨/٤/١٩
(هاشم حسن مفتاح)

رئيس قطاع الخدمات والأنشطة

د. هاشم السجوري
٢٠١٨/٤/١٩
(هاشم السجوري)

中华人民共和国签证申请表

This Application Form of the People's Republic of China
(For the Mainland of China only)

申请人必须如实、完整、清楚地填写本表格。请逐项在空白处用中文或英文大写字母打印填写，或在□内打√选择。如有不适用或不填写，请填写“无”。The applicant should fill in this form truthfully, completely and clearly. Please type the answer in capital English letters in the space provided or tick (√) the relevant box to select. If some of the items do not apply, please type N/A or None.

一、个人信息 Part I: Personal Information

1.1 英文姓名 Full English name as in passport	姓 Last name	贴最近二寸免冠彩色照片 (Full face front view, bordered and against a plain light colored background). 照片/Picture
	中国名 Middle name	
	名 First name	
1.2 中文姓名 Name in Chinese	1.3 姓名曾用名 Other name(s)	
1.4 性别 Sex <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	1.5 出生日期 DOB(yyyy-mm-dd)	
1.6 现有国籍 Current nationality(ies)	1.7 曾有国籍 Former nationality(ies)	
1.8 出生地点(市、省/州、国) Place of birth(city, province/state, country)		
1.9 身份证/公民证号码 Local ID/Citizenship number		
1.10 护照/旅行证件种类 Passport/Travel document type		<input type="checkbox"/> 外交 Diplomatic <input type="checkbox"/> 公务、官员 Service or Official <input type="checkbox"/> 普通 Ordinary <input type="checkbox"/> 其他证件(请说明) Other (Please specify):
1.11 护照号码 Passport number	1.12 签发日期 Date of issue(yyyy-mm-dd)	
1.13 签发地点 Place of issue	1.14 失效日期 Date of expiry(yyyy-mm-dd)	
1.15 当前职业 (可多选) Current occupation(s)	<input type="checkbox"/> 商人 Business person <input type="checkbox"/> 前或在议会 Former/incumbent member of parliament <input type="checkbox"/> 公司职员 Company employee <input type="checkbox"/> 职位 Position _____ <input type="checkbox"/> 演艺人员 Entertainer <input type="checkbox"/> 前或在政府官员 Former/incumbent government official <input type="checkbox"/> 工人农民 Industrial/Agricultural worker <input type="checkbox"/> 职位 Position _____ <input type="checkbox"/> 学生 Student <input type="checkbox"/> 军人 Military personnel <input type="checkbox"/> 乘务人员 Crew member <input type="checkbox"/> 职位 Position _____ <input type="checkbox"/> 自雇 Self-employed <input type="checkbox"/> 非政府组织人员 NGO staff <input type="checkbox"/> 失业 Unemployed <input type="checkbox"/> 宗教人士 Religious personnel <input type="checkbox"/> 退休 Retired <input type="checkbox"/> 新闻从业人员 Staff of media <input type="checkbox"/> 其他(请说明) Other (Please specify):	
1.16 受教育程度 Education	<input type="checkbox"/> 研究生 Postgraduate <input type="checkbox"/> 大学 College <input type="checkbox"/> 其他(请说明) Other (Please specify):	
1.17 工作单位/学校 Employer/School	名称 Name	联系电话 Phone number
	地址 Address	邮政编码 Zip Code

1.18 家庭住址 Home address		1.19 邮政编码 Zip Code	
1.20 电话/手机 Home/mobile phone number		1.21 电子邮箱 E-mail address	
1.22 婚姻状况 Marital status <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 单身 Single <input type="checkbox"/> 其他 Other (Please specify):			
1.23 主要家庭成员 (配偶、子女、父母等, 可另纸) Major family members (spouse, children, parents, et c., may type on separate paper)	姓名 Name	国籍 Nationality	职业 Occupation
1.24 紧急联系人信息 Emergency Contact	姓名 Name	与申请人的关系 Relationship with the applicant	手机 Mobile phone number
1.25 申请人申报签证时所在的国家或地区 Country or territory where the applicant is located when applying for this visa			

二、旅行信息 Part 2: Travel Information

2.1 申请 入境事由 Major purpose of your visit	<input type="checkbox"/> 官方访问 Official Visit	<input type="checkbox"/> 常驻外交、领事、国际组织人员 As resident diplomat, consul or staff of international organization
	<input type="checkbox"/> 旅游 Tourism	<input type="checkbox"/> 永久居留 As permanent resident
	<input type="checkbox"/> 交流、考察、访问 Non-business visit	<input type="checkbox"/> 工作 Work
	<input type="checkbox"/> 商业贸易 Business & Trade	<input type="checkbox"/> 寄养 As child in foster care
	<input type="checkbox"/> 人才引进 As introduced talent	<input type="checkbox"/> 与中国公民或者具有中国永久居留资格的外国人家属团聚居留超过 180 日 Family reunion for over 180 days with Chinese citizen or foreigner with Chinese permanent residence status
	<input type="checkbox"/> 船员职务 As crew member	<input type="checkbox"/> 长期探望因工作、学习等事由在中国居留的外国人或陪同居留的外国人 as accompanying family member of foreigner residing in China due to work, study or other reasons
	<input type="checkbox"/> 过境 Transit	<input type="checkbox"/> 长期学习 Long-term study for over 180 days
2.2 计划 入境次数 Intended number of entries	<input type="checkbox"/> 短期探亲工作、学习等事由在中国停留居留的外国人 Short-term visit to foreigners residing in China due to work, study or other reasons	<input type="checkbox"/> 外国常驻中国新闻机构记者 As resident journalist
	<input type="checkbox"/> 短期学习 Short-term study for less than 180 days	
2.3 是否申请加急服务 Are you applying for express service? 注: 加急服务仅适用于领事馆, 不在有效期内。Note: Express service needs approval of consular officials, and only for urgent cases.	<input type="checkbox"/> 其他(请说明) Other (Please specify):	
	<input type="checkbox"/> 一次(自签发之日起 3 个月有效) One entry valid for 3 months from the date of issue	<input type="checkbox"/> 是 Yes
2.4 本次行程预计首次抵达中国的日期 Expected date of your first entry into China on this trip (yyyy-mm-dd)	<input type="checkbox"/> 二次(自签发之日起 3-6 个月有效) Two entries valid for 3 to 6 months from the date of issue	<input type="checkbox"/> 否 No
	<input type="checkbox"/> 半年多次(自签发之日起 6 个月有效) Multiple entries valid for 6 months from the date of issue	
	<input type="checkbox"/> 一个多次(自签发之日起 1 年有效) Multiple entries valid for 1 year from the date of issue	
	<input type="checkbox"/> 其他(请说明) Other (Please specify):	

2.5 预计行程中单次在华停留的最长天数 Longest intended stay in China among all entries		Days
2.6 在中国境内行程 (按时间顺序, 可附页或填写) Itinerary in China (in time sequence, may type on separate paper)	日期 Date	详细地址 Detailed address
2.7 谁将承担在华期间的费用? Who will pay for your travel and expenses during your stay in China?		
2.8 中国境内邀请单位或个人信息 Information of inviter in China	姓名或名称 Name	
	地址 Address	
	联系电话 Phone number	
	与申请人关系 Relationship with the applicant	
2.9 是否曾经获得过中国签证? 如有, 请说明最近一次获得中国签证的时间和地点。Have you ever been granted a Chinese visa? If applicable, please specify the date and place of the last time you were granted the visa.		
2.10 过去 12 个月中访问的其他国家或地区 Other countries or territories you visited in the last 12 months		

三、其他事项 Part 3: Other information

3.1 是否曾在中国超过签证或居留许可允许的期限停留? Have you ever overstayed your visa or residence permit in China?	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
3.2 是否曾经被拒绝签发中国签证, 或被拒绝进入中国? Have you ever been refused a visa for China, or been refused entry into China?	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
3.3 是否在中国或其他国家有犯罪记录? Do you have any criminal record in China or any other country?	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
3.4 是否具有以下任何一种情形 Are you experiencing any of the following conditions? ① 严重精神障碍 Severe mental disorder ② 传染性肺结核病 Infectious pulmonary tuberculosis ③ 可能危害公共健康的其他传染性疾病 Other infectious disease of public health hazards	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
3.5 近 30 日内是否曾前往流行过或曾传染的国家或地区? Did you visit countries or territories affected by infectious diseases in the last 30 days?	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
3.6 如果对 3.1 到 3.5 的任何一个问题选择“是”, 请在下面详细描述。 If you select Yes to any questions from 3.1 to 3.5, please give details below.		

3.7 如未有公费水券及需专门陈述其他与签证申请者相关的事项，请在上面或另纸说明。
If you have more information about your visa application other than the above to declare, please give details below or type on a separate paper.

3.8 如由别人护照中夹带行人与申请人一同旅行，请将带行人照片黏贴于下面并填写带行人信息。If someone else travels and shares the same passport with the applicant, please affix their photos and give their information below.

带行人信息 Information	带行人 1 Person 1 黏贴照片于此 Affix Photo here	带行人 2 Person 2 黏贴照片于此 Affix Photo here	带行人 3 Person 3 黏贴照片于此 Affix Photo here
姓名 Full name			
性别 Sex			
生日 (DOB/yyyy-mm-dd)			

四、声明及签名 Part 4: Declaration & Signature

4.1 我声明，我已阅读并理解此表所有内容要求，并愿就所提供信息和申请材料真实性承担一切法律后果。
I hereby declare that I have read and understood all the questions in this application and shall bear all the legal consequences for the authenticity of the information and materials I provided.

4.2 我理解，签证获得签证、获得何种签证、入境次数以及有效期、停留期等将由领事官员决定，任何不实、误导或填写不完整均可能导致签证申请被拒绝或拒绝入境中国。

I understand that whether to issue a visa, type of visa, number of entries, validity and duration of each stay will be determined by consular officials, and that any false, misleading or incomplete statement may result in the refusal of a visa for or denial of entry into China.

4.3 我理解，根据中国法律，申请人即使持有中国签证仍有可能被拒绝入境。

I understand that, according to Chinese law, applicant may be refused entry into China even if a visa is granted.

申请人签名
Applicant's signature:

日期
Date (yyyy-mm-dd):

注：未满 18 周岁的未成年人须由父母或监护人代签。Note: The parent or guardian shall sign on behalf of a minor under 18 years of age.

五、他人代填申请表时填写以下内容 Part 5: If the application form is completed by another person on the applicant's behalf, please fill out the information of the one who completes the form.

5.1 姓名 Name	5.2 与申请人关系 Relationship with the applicant
5.3 地址 Address	5.4 电话 Phone number

5.5 声明 Declaration

或声明本人是根据申请人要求而协助填表，证明申请人理解并确认在申请表中填写内容准确无误。

I declare that I have assisted in the completion of this form at the request of the applicant and that the applicant understands and agrees that the information provided is true and correct.

代填人签名 (Signature):

日期 (Date (yyyy-mm-dd):

学员报名表

Name of the seminar/training course: 项目名称:			
性质	官员 <input type="checkbox"/> 技术 <input type="checkbox"/> Date		Location
照 片	Family name 姓		
	First name 名		
	Position 职务		
	级别	部处及以上 <input type="checkbox"/> 司局级 <input type="checkbox"/> 处级及以下 <input type="checkbox"/>	
	建议舱位	头等舱 <input type="checkbox"/> 商务舱 <input type="checkbox"/> 经济舱 <input type="checkbox"/>	
Passport No. 护照号码			
Nationality 国籍		Name of Institute 工作单位名称	
Sex 性别			
Language 工作语言		Mail Address of Institute 工作单位地址	
Religion 宗教			
Food abstention 饮食禁忌		Address of Home 家庭住址	
Date of Birth 出生日期			
Tel.		E-mail	
Fax		Person to be contacted in emergency 应急联系人	
Cell		Phone to be contacted in emergency 应急电话	
Signature (本人签字)		Date (日期)	
经商参处意见:			

Both Signature and Seal ()

Date ()

注: 红色部分为必填项, 请谨慎填写

INFORMATION FORM OF PARTICIPANT

INTERNATIONAL TRAINING COURSE ON _____

1. Personal Data

III

- | | |
|--|-------|
| 1. Surname _____
First Name _____
2. Gender _____
3. Date of Birth _____
4. Place of Birth _____
5. Passport Number: _____
6. Nationality _____
7. Religion _____
8. Mother Tongue _____ * Marital Status _____
9. Health Condition _____
10. Pregnancy (for women) _____
11. History of hypertension, cardiovascular diseases or infectious disease: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
(Please specify if yes) ... _____ | Photo |
|--|-------|
12. Address: _____
 Telephone _____ Fax _____
 E-mail Address _____
13. Permanent Address:
14. Contact person in emergency
 Name: _____
 Address: _____
 Telephone _____ Fax _____
 E-mail Address _____
15. Statement of present work
 Name of institution _____
 Position held _____
 A brief description of duties _____
-
-
-

16. Previous employment history

Date	Institution	Position and Duties

17. Educational and/or professional qualification

Date	Level	University	Major Field

18. Language Proficiency

Mother Tongue

English Proficiency (Please tick):

- Reading: a. excellent b. good c. fair d. poor
 Listening: a. excellent b. good c. fair d. poor
 Speaking: a. excellent b. good c. fair d. poor
 Writing: a. excellent b. good c. fair d. poor

19. State why you wish to attend the course and indicate the practical use of the course to your work in the future.

II. Personal Statement

I hereby declare that the information given above is true, correct and completely to the best of my knowledge. I agree to report any relevant alteration in the information given above.

I pledge to observe all the Chinese laws and regulations and will respect the local customs during my stay in China for the training course.

Signature of the Applicant

Date

Both Signature and Seal

Date

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth Day-Month-Year		照片 (加盖检查单位印章) Photo (stamped Official Stamp)																												
现在通讯地址 Present mailing address					血型 Blood type																													
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地址 Birth Place																																
<p>过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“是”或“否”) Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <table border="0"> <tr> <td>斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>菌痢 Bacillary dysentery</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>白喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>猩红热 Scarle fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>回归热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>菌感染</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							斑疹伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	白喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	猩红热 Scarle fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回归热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
斑疹伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
白喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
猩红热 Scarle fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
回归热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
<p>是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：(每项后面请回答“否”或“是”) Do you have any of the following diseases or discases endangering the public order and seventy? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <table border="0"> <tr> <td>毒物癖 Toxic mania</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 躁狂型 Manic Psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td> 妄想型 Paranoid Psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td> 幻觉型 Hallucinatory Psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							毒物癖 Toxic mania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神错乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神病 Psychosis		躁狂型 Manic Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	妄想型 Paranoid Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	幻觉型 Hallucinatory Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																
毒物癖 Toxic mania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
精神错乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
精神病 Psychosis																																		
躁狂型 Manic Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
妄想型 Paranoid Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
幻觉型 Hallucinatory Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
身高 Height	厘米 CM	体重 Weight	公斤 kg	血压 Blood pressure	毫米汞柱 mmHg																													
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck																														
视力 Vision	左 L 右 R	矫正视力 Corrected vision	左 L 右 R	眼 Eyes																														
辨色力 Color sense		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes																														
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils																														
心 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen																														
Pregnancy (for woman)		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																

脊柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous system	
其它所见 Other abnormal findings					
胸部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Chest X-ray exam (Attached Chest X-ray report)			心电图 ECG		
化验室检查 (包括艾滋病、梅毒等血清 学检查) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc)					
未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病: None of the following diseases of disorders found during the present examination:					
霍乱 Cholera		性病 Venereal Disease			
黄热病 Yellow fever		肺结核 Lung tuberculosis			
鼠疫 Plague		艾滋病 AIDS			
麻风 Leprosy		精神病 Psychosis			
意见 Suggestion of physician (state in English whether the examinee's health is in good condition and suitable for long-distant travel)			检查单位盖章 Official Stamp		
医师签字 Signature of physician			日期 Date		

بيانات خاصة بمدرشم

- الاسم ريعياً :
التوظيف الحالية وتاريخ شغلها :
الديانة :
جهة العمل :
الدرجة المالية وتاريخها :
تاريخ ومحل الميلاد :
الإدارة التعليمية :
تاريخ استلام العمل :
تاريخ التعيين بالوزارة :
المؤهلات الدراسية :
درجة تقدير التخرج :
تاريخ المؤهل الدراسي الأصل :
مادة التخصص :
الحالة الاجتماعية :
تقرير الكفالية للعاملين الأخيرين: ٢٠٠ / ٢٠٠ توقيع لموظف المختص:
الموقف من التجديد :
السجلات السابقة :
الجزاءات عن الأعوام الثلاث الأخيرة :
توقيع لموظف المختص:
عنوان السكن :
رقم التليفون :
البريد الإلكتروني :
توقيع العضو :

مدير شؤون الموارد البشرية

يعتمد ...

المدير العام

Hospitals in Alexandria

1. Alexandria International Hospital

20 mohamed bahaeldin st., Smouha

Phone: 4207243

2. El Amin Hospital

67 Omar Lofly St., El Ibrahimia - Alexandria -- Egypt

Phone: 5922056

3. Anba Takla Hospital

14 ahedia st. El ibrahimya, Alexandria

Phone: 5902640

4. Al Mawaash Hospital

El Horaya road _ El Hadrah

Phone: 4286661 - 4286662

5. El Helal El Ahmar Hospital

154 mahtet el souk st. bakoos, Alex beside Dr Reda pharmacy

Phone: 5012668

6. Gamal Abdel Nasser Hospital

El Horeya road El Hadra Bahary Alexandria in front of faculty of engineering

Phone: 4281243

7. Dr Ibrahim Ebid Hospital

76 Abdelsalam Aref street _ Gleim

Phone: 5841074

8. El Thager Specialized Hospital

10 EL Galaa Street, Victoria Alex

Phone: 5744720

9. Main University Hospital

City cent, medicin school street

Phone: 4862928

10. Sidy Aly El Sammak Hospital

10, Belous St., El Ibrahimia - Alexandria - Egypt

Phone: 5920871

11. Qabbary Hospital

El Amir Loualoua st. El kabbari near to Rashed Othman Mosque

Phone: 4408281

12. Dr Shalaby Hospital

25 Abdelkader El Awan _Moharam Bek

Phone: 392786

13. Mabaret Alasafra Hospital

Asafra rail way station

Phone: 5551613

14. Dr Farouk Ibrahim Hospital

El betagh street

Phone: 4358925

15. Victoria Hospital

18 philp galad st, Victoria

Phone: 5746400

16. Mohamed Ragab Hospital

Abd el latif El Sofany ,Sedy Gaber

Phone: 5458061

17. Dr Husab Hospital

47 _Matsha Street ,Moharam Bek

Phone: 3935788

18. The Coptic Hospital

3Nasr Ahmed Zaki Street, Moharam Bey

Phone: 3929867

19. Armed Forces Hospital

Ahmed Ismaiel Street ,Sady Gaber

Phone: 5452013

20. Mabaret El Asafra Hospital

432 Malak Hefni street , El Asafra

Phone: 5430499

21. German Specialized Hospital

56 Abdel Salam Aref Street ,Saba Pasha

Phone: 5841717

22. Abou Qir Central Hospital

El Baher El Mayet Street, Abou Qir

Phone: 5621542

23. El Madina El Tebbeya Hospital

Ahmed Shawky Street , Mostafa Kamel

Phone: 5437402

24. Alexandria Medical Center Hospital

14 May Road , Smoha

Phone: 4272653

25. West Town Hospital

Khalil Hamada street

Phone: 5563554

19. El Rowwad Hospital

Al Maadi Company, Al Basatin Al Gharbayah, El-Basatin, Cairo
Governorate

Phone: 02 27040061

20. Captie Hospital

Ramsis st. extension - beside NBE branch - Cairo

Phone: 02 25899866

21. Dar El Shefa Hospital

25 Mohammed Al Fahmi, Al Abbasayah Al Gharbayah, Al Waili, Cairo
Governorate

Phone: 0106 580 3258

22. Ahmed Maher Teaching Hospital

341, Port Said St., Bab El Khalq, 341 Port Said, Cairo, Cairo Governorate

Phone: 02 23911838

23. One Day Surgeries Hospital

El Selha St. Al Hay as Sades, Nasr City, Cairo Governorate

Phone: 02 24052401

24. El Mounira General Hospital

2 nobar st. El-Sayeda Zainab, Cairo Governorate

Phone: 02 27925881

25. El Agouza Hospital

176 El Nil St. Al Agouza, Giza

Phone: 02 33462004

26. El Zaitoun Specialized Hospital

Omar El-Makhtar, El-Zaytoun, Cairo

Phone: 0106 237 8567

Hospitals in Cairo

1. El Salem International Hospital

Corniche El Nile •Athar an Nabi, Misr Al Qadimah, Cairo Governorate

Phone: 19885

2. Arab Contractors Medical Centre

El-Naar Rd, Al Abageyah, Cairo Governorate

Phone: 19660

3. Ganzoury Hospital

63 El koba Heliopolis •El-Zaytoun, Cairo Governorate

Phone: 02 22588810

4. Cleopatra Hospital

39 Cleopatra Str •Almazah, Heliopolis, Cairo Governorate

Phone: 0127 511 7431

5. Anglo American Hospital

3 Hadiqet El Zohreya St. •Cairo Governorate

Phone: 02 27356162

6. Wadi El Nile Hospital

Al Zaytoun Al Qebiyah, El-Zaytoun, Cairo Governorate

Phone: 0128 286 9312

7. Ain Shams University Specialized Hospital

El-Khalifa El-Maamoun, El-Qobba Bridge, Al Waili, Cairo Governorate

Phone: 0128 447 2343

8. New Kasr Al-Aini Teaching Hospital

27 Nafezet Sheem El Shafaey St. (KASR EL AINY)

Phone: 02 23654060

9. The Italian Hospital

17 El Sarayat St. Abbasseya, Cairo

Phone: 02 24678190

10. Cairo Specialized Hospital

Mohammed Nafia, El-Montaza, Heliopolis, Cairo Governorate

Phone: 0128 286 9312

11. Military Production Specialized Medical Center

Esmail kamel street Helwan Sharkeya, Qism Helwan, Cairo Governorate

Phone: 02 25588151

12. Heliopolis Specialized Hospital

Heliopolis square *El-Nozha, Qism El-Nozha, Cairo Governorate

Phone: 02 26339870

13. Misr International Hospital

12 El Saraya St. *Ad Doqi, Giza, Giza Governorate

Phone: 02 37608261

14. Egypt Air Hospital

Sheraton Al Matar, Qism El-Nozha, Cairo Governorate

Phone: 02 24137799

15. Nozha International Hospital

9 El Rashid St *Sheraton Al Matar, Sheraton *Cairo Governorate

Phone: 02 22660555

16. Galaa Military Hospital

Sheraton Al Matar, Qism El-Nozha, Cairo Governorate

Phone: 02 22673651

17. Giza International Hospital

334 Haram St., El haram, Giza Beside Banque Misr

Phone: 35863762 - 37812791

18. Haabo International Hospital

6 Ahmed Rakhry St. *Al Mantegah as Sadesah, Nasr City, Cairo Governorate

Phone: 0100 662 5687