



دولة الكويت  
STATE OF KUWAIT

وزارة المواصلات  
Ministry of Communications

قطاع النقل  
Transport Sector

إدارة النقل البحري  
Maritime Transport Dept.

Ref No. : ..... رقم المرجع

Date : ..... التاريخ

طلب فحص نظر لقيادة سفينة ساحلية صغيرة  
Applications for examination Eye sight to drive a small coastal vessel

Dear Mr. / Chairman Of General Medical  
Council  
Ministry of Health - Genaral Medical  
Council  
Kuwait

حضرة السيد / رئيس المجلس الطبي العام المحترم  
وزارة الصحة - المجلس الطبي العام  
الكويت

Please examine Eye sight of Applicant

الرجاء فحص بصر مقدمه

Name : ..... الاسم:

ID No. : ..... رقم الهوية:

Nationality : ..... الجنسية:

Who is applying for Certificate as Coastal  
small vessel Operator (Nokheda) and  
inform us the result.

الذي تقدم بطلب شهادة لياقة مهنة قائد سفينة  
ساحلية صغيرة (نوخدة) مع إفادتنا بنتيجة الفحص

ختم إدارة النقل البحري الرسمي  
Maritime Transport Dept. Official stamp

توقيع وختم الموظف المختص  
Signature & stamp of Authorized Person