



سفارة المملكة العربية السعودية
واشنطن
القسم القنصلي

Royal Embassy of Saudi Arabia
Washington
Consular Section

First Name:	Middle Name:	Last Name:	الإسم الكامل:
Mother's Name:	إسم الأم:		
Date of Birth:	تاريخ الولادة:	Place of Birth:	محل الولادة:
Previous Nationality:	الجنسية السابقة:	Present Nationality:	الجنسية الحالية:
Place of Issue:	محل الإصدار:	Passport No:	رقم الجواز:
Expiration Date:	تاريخ انتهاء صلاحية الجواز:	Date of Issue:	تاريخ الإصدار:
Sex:	الجنس:	Marital Status:	الحالة الاجتماعية:
Female Male	أنثى ذكر	Married Single	عازب متزوج
Religion:	الديانة:		
Profession:	المؤهل العلمي:	Qualification:	المهنة:
Home Address and Telephone No.:			عنوان المنزل ورقم التلفون:

E-mail Address:	البريد الإلكتروني:
Business Address and Telephone No:	عنوان الشركة (المؤسسة) ورقم التلفون:

Purpose of Travel:	الغاية من السفر:
Employment <input type="checkbox"/> إقامة <input type="checkbox"/> دراسية <input type="checkbox"/> عمرة <input type="checkbox"/> حج <input type="checkbox"/> دبلوماسية <input type="checkbox"/> خاصة <input type="checkbox"/> شخصية <input type="checkbox"/>	شخصية <input type="checkbox"/>
Re-Entry <input type="checkbox"/> مرور <input type="checkbox"/> سياحة <input type="checkbox"/> تجارية <input type="checkbox"/> رجال اعمال <input type="checkbox"/> حكومية <input type="checkbox"/> زيارة عمل <input type="checkbox"/> زيارة عائلة <input type="checkbox"/>	Family Visit <input type="checkbox"/>

Method of Payment: Company Check: [] Money Order: []	طريقة الدفع:
Name and Address of Company or Individual invitee in the Kingdom:	اسم وعنوان الشركة أو اسم الشخص الداعي وعنوانه بالمملكة:

Travel Information:	معلومات السفر	
Date of arrival in Saudi Arabia:	Via Airline:	Flight No:
City of Embarkation:	Port of Entry:	
Duration of Stay in the Kingdom:		

Name of traveling companion:	اسم المحرم:
Relationship of the person traveling with:	صلته:

*** Application must be filed out in its entirety ***

I, the undersigned, hereby certify that:

- I agree to have my fingerprints taken and my retinal scanned. أنا الموقع أدناه اوافق على اخذ بصمة الاصابع وقزحية العين
 - All the information provided is correct. I will abide by the laws of the Kingdom during the period of my residence. أقر بأن كل المعلومات التي دونتها صحيحة وسأكون ملتزماً بقوانين المملكة أثناء فترة وجودي بها.
- التاريخ: التوقيع: الإسم:

Name:	Signature:	Date:
--------------	-------------------	--------------