



## Programs Accreditation Application Form

### نموذج طلب التقديم للاعتماد البرامجي

Requested Training Program Information		البرنامج التدريبي المطلوب اعتماده بالمركز التدريبي	
Training Program Name		اسم البرنامج التدريبي	
Training Center		المركز التدريبي	City
<input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Residency <input type="checkbox"/> Fellowship		<input type="checkbox"/> زمالة تخصص دقيق <input type="checkbox"/> اختصاص عام	
<input type="checkbox"/> Full Program <input type="checkbox"/> Shared Program <input type="checkbox"/> Training Unit		<input type="checkbox"/> برنامج مشترك <input type="checkbox"/> وحدة تدريبية	
Proposed Program Director Information		معلومات مدير البرنامج التدريبي المرشح	
Full Name		الاسم الرباعي	
SCFHS Registration No.		رقم التصنيف المهني	
Nationality		الجنسية	
Mobile No.		رقم الجوال	
Official Email		البريد الإلكتروني الرسمي	
Healthcare Institution Information		معلومات المؤسسة الصحية	
(The Training Center that is Responsible for the SCFHS-Accredited Training Programs)		(المركز التدريبي المسؤول عن البرامج المعتمدة لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية)	
Name of the Healthcare Institution		الاسم الرسمي المعتمد للمؤسسة الصحية	
Mailing Address		العنوان	
City, Postal Code		المدينة، الرمز البريدي	
Healthcare Institution Website		الموقع الإلكتروني للمؤسسة الصحية	
Sector (Select One)		القطاع (اختر واحد)	
<input type="checkbox"/> Ministry of Health <input type="checkbox"/> Ministry of Education <input type="checkbox"/> Ministry of Defense <input type="checkbox"/> Ministry of National Guard		<input type="checkbox"/> وزارة الصحة <input type="checkbox"/> وزارة التعليم <input type="checkbox"/> وزارة الدفاع <input type="checkbox"/> وزارة الحرس الوطني	
<input type="checkbox"/> Ministry of Interior <input type="checkbox"/> Other Public Sector (Specify) <input type="checkbox"/> Private Sector <input type="checkbox"/> Charity Sector		<input type="checkbox"/> وزارة الداخلية <input type="checkbox"/> قطاع عام آخر (حدد) <input type="checkbox"/> قطاع خاص <input type="checkbox"/> قطاع خيري	
Healthcare Institution Category (Select One)		فئة المؤسسة الصحية	
<input type="checkbox"/> Primary Healthcare Center <input type="checkbox"/> Secondary Healthcare Center <input type="checkbox"/> Tertiary Healthcare Center <input type="checkbox"/> Specialized Center		<input type="checkbox"/> مركز رعاية صحية أولية <input type="checkbox"/> مستشفى عام <input type="checkbox"/> مستشفى تخصصي <input type="checkbox"/> مركز متخصص	
<input type="checkbox"/> Healthcare Cluster <input type="checkbox"/> University Hospital <input type="checkbox"/> Other (Specify)		<input type="checkbox"/> تجمع صحي <input type="checkbox"/> مستشفى جامعي <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)	
Designated Institutional Official Information (DIO)		معلومات المسؤول التنفيذي المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية	
(The Individual who has the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)		(صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)	
Name	First	Middle	Last
اللقب	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير
Official Personal DIO Email	البريد الإلكتروني الشخصي الرسمي للمسؤول التنفيذي الأول		
DIO General Email	dio@	البريد الإلكتروني الرسمي العام	Mobile No.
رقم الجوال			
Declaration		إقرار	
• The Training Center Declares that the Institutional and Programs Accreditation Bylaws, Executive Rules and Accreditation Standards were reviewed prior to the submission of this signed application form, and declares the commitment of the Healthcare Institution to abide by it.		• يقر المركز التدريبي بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقديم بطلب الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب اقراراً بالالتزام بما ورد بها.	
• The Training Center that Receives the Institutional and Programs Accreditation declares that it will abide by all the SCFHS Accreditation, Training and Assessment related Bylaws, Executive Rules, Policies, Procedures, Announcements and Decisions made by the SCFHS through its Website, Email, or any of its Formal Channels.		• يقر المركز التدريبي الجاهل على الاعتماد المؤسسي والبرامجي بالالتزام بالقواعد التنفيذية والسياسات والإجراءات والقرارات والتعليمات ذات العلاقة بالاعتماد والتدريب والتقييم التي تصدرها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عبر موقعها الإلكتروني أو أحد قنواتها المعتمدة.	
• The Training Center declares that it will abide by the Payment of the Accreditation Fees as per the Institutional and Programs Accreditation Bylaws.		• يقر المركز التدريبي بالالتزام برسوم الاعتماد المؤسسي والبرامجي حسب ما ورد بلائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي.	
• Kindly, submit this signed application form through the Programs Accreditation Email <a href="mailto:programs.accreditation@scfhs.org">programs.accreditation@scfhs.org</a> where our Accreditation Team will process it accordingly.		• يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد البرامجي <a href="mailto:programs.accreditation@scfhs.org">programs.accreditation@scfhs.org</a> حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.	

يتم توقيع النموذج من قبل المسؤول التنفيذي المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية

To be signed by the Designated Institution Official

الاسم (Name) \_\_\_\_\_

المسؤول التنفيذي المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية (Designated Institution Official) \_\_\_\_\_

التاريخ (Date) \_\_\_\_\_

التوقيع (Signature) \_\_\_\_\_

Stamp

