



## Institutional Accreditation Application Form

### نموذج طلب التقديم للاعتماد المؤسسي

Healthcare Institution Information (The Training Center that is Responsible for the SCFHS-Accredited Training Programs)		معلومات المؤسسة الصحية (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 Address :	الموقع الإلكتروني للمؤسسة الصحية:					
Sector (Select One)		القطاع (أخر واحد)				
<input type="checkbox"/> Ministry of Health	وزارة الصحة	<input type="checkbox"/> Ministry of Interior	وزارة الداخلية			
<input type="checkbox"/> Ministry of Education	وزارة التعليم	<input type="checkbox"/> Other Public Sector (Specify)	قطاع عام آخر (حدد)			
<input type="checkbox"/> Ministry of Defense	وزارة الدفاع	<input type="checkbox"/> Private Sector	قطاع خاص			
<input type="checkbox"/> Ministry of National Guard	وزارة الحرس الوطني	<input type="checkbox"/> Charity Sector	قطاع خيري			
Healthcare Institution Category (Select One)		فئة المؤسسة الصحية				
<input type="checkbox"/> Primary Healthcare Center	مركز رعاية صحية أولية	<input type="checkbox"/> Healthcare Cluster	تجمع صحي			
<input type="checkbox"/> Secondary Healthcare Center	مستشفى عام	<input type="checkbox"/> University Hospital	مستشفى جامعي			
<input type="checkbox"/> Tertiary Healthcare Center	مستشفى تخصصي	<input type="checkbox"/> Other (Specify)	أخرى (حدد)			
<input type="checkbox"/> Specialized Center	مركز متخصص					
Designated Institutional Official Information (DIO) (The Individual who has the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)		معلومات الممثل النظامي للشئون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)				
Name	First	الاسم الأول	Middle	الاسم الأوسط	Last	اللقب
Official Personal DIO Email:	البريد الإلكتروني الشخصي الرسمي للممثل النظامي للشئون الأكاديمية والتدريب					
DIO General Email:	Dio@	البريد الإلكتروني العام		Mobile No.	رقم الجوال	
Do you have CBAHI Accreditation (Or Equivalent)?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	هل يوجد اعتماد سياهي للمؤسسة الصحية (أو ما يعادله)؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
Date of Accreditation	تاريخ الاعتماد		Validity Date	تاريخ صلاحية الاعتماد		
Attach the Accreditation Certificate (If Applicable)		إرفاق شهادة الاعتماد (إذا ينطبق)				
Requested First Training Program Information (For New Accreditation Requests)		معلومات البرنامج التدريبي الأول المطلوب اعتماده بالمركز التدريبي (لطلبات الاعتماد الجديدة)				
Name of the Training Program		اسم البرنامج التدريبي				
<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"/> دبلوم	
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				
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 الموقع إقراراً 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 الحاصل على الاعتماد المؤسسي والبرامجي بالالتزام باللوائح والقواعد 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 بفساد رسوم الاعتماد المؤسسي والبرامجي حسب ما ورد بلائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي.				
• Kindly, submit this signed application form through the Institutional Accreditation Email <a href="mailto:inst.accreditation@scfhs.org">inst.accreditation@scfhs.org</a> where our Accreditation Team will process it accordingly.		• يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعينته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد المؤسسي <a href="mailto:inst.accreditation@scfhs.org">inst.accreditation@scfhs.org</a> حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.				

يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية

To be signed by the Designated Institution Official

\_\_\_\_\_ (Name) الاسم

\_\_\_\_\_ (Date) التاريخ

الممثل النظامي للشئون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية (Designated Institution Official)

\_\_\_\_\_ (Signature) التوقيع

Stamp

