



طلب تعديل بيانات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب  
DIO Demographic Data Modification

The Training Center Information (The Training Center that is Responsible for the SCFHS-Accredited Training Programs)		معلومات المركز التدريبي (المركز التدريبي المسؤول عن البرامج المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية)	
Name of the Training Center:	الاسم الرسمي المعتمد للمركز التدريبي:		
Mailing Address:	العنوان:		
City, Postal Code:	المدينة، الرمز البريدي:		
Training Center Website Address :	الموقع الإلكتروني للمركز التدريبي:		
Health Care Sector (Please Select One) القطاع الصحي (أختر 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
Training Centre Category (Please Select One) فئة المركز التدريبي (أختر واحد)			
<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 للشؤون الأكاديمية والتدريب (السابق) (صاحب الصلاحية المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)	
	اللقب:	الاسم الثاني:	الاسم الأول:
	Last Name	Middle Name	First Name
	Mobile: رقم الجوال:	رقم التصنيف:	التصنيف:
DIO General Email: البريد الإلكتروني للممثل النظامي Hint: DIO@abc.med.sa			DIO Private Formal Email: البريد الإلكتروني الرسمي Hint: Mohammad.Abdullah@abc.med.sa
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 للشؤون الأكاديمية والتدريب (الجديد) (صاحب الصلاحية المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)	
	اللقب:	الاسم الثاني:	الاسم الأول:
	Last Name	Middle Name	First Name
	Mobile: رقم الجوال:	رقم التصنيف:	التصنيف:
DIO Email: البريد الإلكتروني للممثل النظامي Hint: DIO@institution.org			DIO Work Email: البريد الإلكتروني الرسمي Hint: A_Ahmad@institution.org
Declaration		إقرار	
<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>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.</li><li>Kindly, submit this signed application form through the Institutional Accreditation Email <a href="mailto:ins.accreditation@scfhs.org">ins.accreditation@scfhs.org</a> where our Accreditation Team will process it accordingly.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>يقر الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب بالأطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقدم بطلب الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع إقراراً بالالتزام بما ورد بها.</li><li>يقر الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب 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.</li><li>يرجى إرسال النموذج بعد تعميته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد المؤسسي <a href="mailto:ins.accreditation@scfhs.org">ins.accreditation@scfhs.org</a> حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.</li></ul>	

يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب

To be signed by the Designated Institution Official

الاسم (Name) \_\_\_\_\_

التاريخ (Date) \_\_\_\_\_



الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب (Designated Institution Official)

التوقيع (Signature): \_\_\_\_\_