



الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
Saudi Commission for Health Specialties

طلب تعديل مسمى المركز التدريبي المعتمد

Training Center 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 التدريبية المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية)	
Current Name of The Training center (in English)		اسم المركز التدريبي الحالي (باللغة العربية)	
New Name of The Training center (in English)		اسم المركز التدريبي الجديد (باللغة العربية)	
Mailing Address:		العنوان	
City , Postal Code		المدينة ، الرمز البريدي	
		الموقع الالكتروني للمركز التدريبي Training center Website	
HealthCare Sector (Please Select One) القطاع الصحي (اختر واحد)			
<input type="radio"/> Ministry of Health	وزارة الصحة	<input type="radio"/> Ministry of Interior	وزارة الداخلية
<input type="radio"/> Ministry of Education	وزارة التعليم	<input type="radio"/> Other Public Sector (Specify)	قطاع عام آخر (حدد)
<input type="radio"/> Ministry of Defense	وزارة الدفاع	<input type="radio"/> Private Sector	قطاع خاص
<input type="radio"/> Ministry of National Guard	وزارة الحرس الوطني	<input type="radio"/> Charity Sector	قطاع خيري
Training Center Category (Select one) فئة المركز التدريبي (اختر واحد)			
<input type="radio"/> Primary Healthcare Center	مركز رعاية صحية أولية	<input type="radio"/> Healthcare Cluster	تجمع صحي
<input type="radio"/> Secondary Healthcare Center	مستشفى عام	<input type="radio"/> University Hospital	مستشفى جامعي
<input type="radio"/> Tertiary Healthcare Center	مستشفى متخصص	<input type="radio"/> Other (Specify)	أخرى (حدد)
<input type="radio"/> Specialized Center	مركز متخصص		
Designated Institutional Official Information (DIO) (The individual who had the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)		معلومات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)	
	الاسم الثالث	الاسم الثاني	الاسم الأول
	Last Name	Middle Name	First Name
	Mobile No رقم الجوال	رقم التصنيف	التصنيف
	DIO Email: البريد الالكتروني 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">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 .		<ul style="list-style-type: none">يقر المركز التدريبي بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقدم بطلب الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقراراً بالالتزام بما ورد فيها .	
<ul style="list-style-type: none">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, Polices, Procedures, Announcements and Decisions made by the SCFHS through its Website, Email, or any of its Formal Channels.		<ul style="list-style-type: none">يقر المركز التدريبي الحاصل على الاعتماد المؤسسي والبرامجي بالالتزام بالقواعد التنفيذية والسياسات والإجراءات والقرارات والتعليمات ذات العلاقة بالاعتماد والتدريب والتقييم التي تصدرها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عبر موقعها الالكتروني أو أحد قنواتها المعتمدة.	
<ul style="list-style-type: none">Kindly , submit this signed application from through the Institutional Accreditation Email Inst.Accreditation@scfhs.org where our Accreditation Team will process it accordingly.		<ul style="list-style-type: none">يرجى إرسال النموذج بعد تعيينه وتوقيعه للبريد الالكتروني الخاص بإدارة الاعتماد المؤسسي Inst.Accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد بعد استلامه	
يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب To be signed by the Designated Institution Official			

_____ (Name) الاسم

_____ (Date) التاريخ



_____ (Designated Institution Official) الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب

_____ : (Signature) التوقيع