



نموذج التقديم بطلب الاعتماد المؤسسي Institutional Accreditation Application Form

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 (اختر 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 للشؤون 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	الاسم	First	الاسم الأول
Official Personal DIO Email:		Middle	الاسم الأوسط
DIO General Email:	dio@	Last	اللقب
SCFHS Profile ID :	رقم ملف الهيئة		البريد الإلكتروني الشخصي للممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب
		Mobile No.	رقم الجوال
		Rank .	التصنيف المهني
Do you have CBAHI Accreditation (Or Equivalent)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		هل يوجد اعتماد سباهي للمؤسسة الصحية (أو ما يعادله)؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
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 (طلبات 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"/> دبلوم
<input type="checkbox"/> اختصام دقيق	<input type="checkbox"/> اختصام عام		
Proposed Program Director Information		معلومات مدير البرنامج التدريبي المرشح	
Full Name		الاسم الرباعي	
SCFHS Profile ID.		رقم ملف الهيئة	
Nationality		الجنسية	
Mobile No.		رقم الجوال	
Official Email		البريد الإلكتروني الرسمي	





إقرار	Declaration
<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 بها.	<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 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.	<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, Policies, 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 بسداد رسوم الاعتماد المؤسسي والبرامجي حسب ما ورد بلائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي.	<ul style="list-style-type: none">• The Training Center declares that it will abide by the Payment of the Accreditation Fees as per the Institutional and Programs Accreditation Bylaws.
<ul style="list-style-type: none">• يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة عمليات الاعتماد المؤسسي inst.accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.	<ul style="list-style-type: none">• Kindly, submit this signed application form through the Institutional Accreditation Email inst.accreditation@scfhs.org where our Accreditation Team will process it accordingly.

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

To be signed by the Designated Institution Official

الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية الاسم (Name) :
(Designated Institution Official)

____/____/____

التاريخ (Date) :

التوقيع
:(Signature):



Stamp

