



نموذج التقديم بطلب تحويل اعتماد البرنامج التدريبي من مشترك إلى مكتمل
Conversion from Shared Program to Full Program Application Form

Requested Training Program Information		البرنامج التدريبي المطلوب تحويل اعتماده بالمركز التدريبي	
Training Program Name		اسم البرنامج التدريبي	
Training Center	المركز التدريبي	City	المدينة
<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Residency	<input type="checkbox"/> Fellowship	<input type="checkbox"/> اختصاص دقيق
		<input type="checkbox"/> اختصاص عام	<input type="checkbox"/> دبلوم
Program Director Information		معلومات مدير البرنامج التدريبي	
Full Name		الاسم الرباعي	
SCFHS Profile ID No.		رقم ملف الهيئة	
Nationality		الجنسية	
Mobile No.		رقم الجوال	
Official Email		البريد الإلكتروني الرسمي	
Reasons		أسباب طلب التحويل إلى برنامج مكتمل	
Training Center Information (The Training Center that is Responsible for executing the SCFHS-Accredited Training Programs)		معلومات المركز التدريبي (المركز التدريبي المسؤول عن تنفيذ البرامج المعتمدة لدى 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		الموقع الإلكتروني للمركز التدريبي	
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
Training Center Category (Select One)		فئة المركز التدريبي (اختر 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		
Supported by the Chairman of the Shared Training Committee (Associate Executive Director of Training) at the Training Sector		دعم رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك في التدريب) في القطاع التدريبي	
Full Name:		الاسم الرباعي:	
Suggested Date for Initiating the Shared-to-Full Training Program Conversion: / / 20		التاريخ المقترح للبدء بتحويل اعتماد البرنامج التدريبي المشترك إلى مكتمل: هـ ١٤ / /	
Mobile No.		رقم الجوال:	
Official Email:		البريد الإلكتروني الرسمي:	





Recommendations of the Chairman of the Shared Training Committee (Associate Executive Director of Training) at the Training Sector		توصيات رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك في التدريب) في القطاع التدريبي	
Signature:		التوقيع:	
Designated Institutional Official (DIO), Chairman of Institutional Training Committee (The Individual who has the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)		الممثل النظامي ورئيس لجنة التدريب المؤسسي في المركز التدريبي (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
			الاسم الأخير
Official Personal DIO Email			البريد الإلكتروني الشخصي الرسمي للممثل النظامي في المؤسسة الصحية
DIO General Email	dio@	البريد الإلكتروني الرسمي العام	رقم الجوال
			Mobile No.
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 تحويل الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقرار بالالتزام بما ورد بها. 	
<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 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 Committed to accommodate the Training from the Shared Program when required during the Transition Period. 		<ul style="list-style-type: none"> يلتزم المركز التدريبي باستقبال المتدربين من البرنامج المشترك متى ما دعت الحاجة خلال الفترة الانتقالية لتحويل اعتماد البرنامج إلى برنامج تدريبي مكتمل. 	
<ul style="list-style-type: none"> The Training Center is committed to coordinate with all concerned parties in the Shared Training Program during the Transition Period for up to Two Years from the date specified in the Conversion-to-Full Training Program Accredited Decision. 		<ul style="list-style-type: none"> يلتزم المركز التدريبي بالتنسيق مع جميع الأطراف المعنية بالبرنامج التدريبي المشترك أثناء الفترة الانتقالية التي قد تمتد إلى عامين تدريبيين من التاريخ المحدد بقرار تحويل اعتماد البرنامج التدريبي إلى مكتمل. 	
<ul style="list-style-type: none"> The Training Center is committed to fulfill the Recommendations of the Chairman of the Shared Training Committee (Associate Executive Director of Training) at the Training Sector that are indicate at this form, once the Program Accreditation Decision is made approving the Conversion-to-Full Training Program. 		<ul style="list-style-type: none"> يلتزم المركز التدريبي بتوصيات رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك للتدريب) في القطاع التدريبي المشار إليها في هذا النموذج عند اصدار قرار الاعتماد البرامجي بالموافقة على تحويل اعتماد البرنامج التدريبي إلى مكتمل. 	
<ul style="list-style-type: none"> Kindly, submit this signed application form through the Programs Accreditation Email programs.accreditation@scfhs.org where our Accreditation Team will process it accordingly 		<ul style="list-style-type: none"> يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد البرامجي programs.accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه. 	
<p>يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب To be signed by the Designated Institution Official</p>			

الاسم (Name) _____

الممثل النظامي في المؤسسة الصحية (Designated Institution Official) _____

التاريخ (Date) _____

التوقيع (Signature): _____

Stamp

