نموذج التقدم بطلب تحويل اعتماد البرنامج التدريبي من مشترك إلى وحدة تدريبية
Conversion from Shared Program to Training Unit Program Application Form

Requested Training Program Information	البرنامج التدريبي المطلوب تحويل اعتماده بالمركز التدريبي
Training Program Name	اسم البرنامج التدريبي
Training Center	City	المركز التدريبي	المدينة
□ Diploma □ Residency □ Fellowship	□ دبلوم □ اختصاص عام □ اختصاص دقيق
Current Trainees No.	عدد المتدربين الحالي:
Suggested Date for transfer all Trainees to another Training Centers: / / / 20	التاريخ المتوقع لتحويل جميع المتدربين إلى مراكز تدريبية أخرى معتمدة: / / / ١٤هـ

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 وحدة تدريبية

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	العنوا ن
City, Postal Code	المدينة، الرمز البريدي
Training Center Website	الموقع الإلكتروني للمركز التدريبي

Sector (Select One)		القطاع (اختر واحد)	
□ Ministry of Health	وزارة الصحة	□ Ministry of Interior	وزارة الداخلية
□ Ministry of Education	وزارة التعليم	□ Other Public Sector (Specify)	قطاع عام آخر (حدد)
□ Ministry of Defense	وزارة الدفاع	□ Private Sector	قطاع خاص
□ Ministry of National Guard	وزارة الحرس الوطني	□ Charity Sector	قطاع خيري

Training Center Category (Select One)		فئة المركز التدريبي (اختر واحد)	
□ Primary Healthcare Center	مركز رعاية صحية أ ولية	□ Healthcare Cluster	تجمع صحي
□ Secondary Healthcare Center	مستشفى عام	□ University Hospital	مستشفى جامعي
□ Tertiary Healthcare Center	مستشفى تخصصي	□ Other (Specify)	أخرى (حدد)
□ 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 فى التدريب) فى القطاع التدريبى
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 وحدة تدريبية: / / ١٤هـ
Mobile No.	رقم الجوال:
Official Email:	البريد الالكتروني 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 فى 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)			ممثل النظامى ورئيس لجنة التدريب المؤسسى فى المركز التدريبى (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية فى هذه المؤسسة الصحية)	
Name	**First**	**الاسم الأول**	**Middle** **الاسم الأوسط**	**Last** **الاسم الأخير**
Official Personal DIO Email			**البريد الالكترونى الشخص ي الرسمى للممثل النظامى فى المؤسسة الصحية**	
DIO General Email	dio@	**البريد الالكتروني الرسمي العام**	**Mobile No.**	رقم **الجوال**

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 التدريبى بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسى والبرامجى وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسى والبرامجى قبل التقدم بطلب تحويل الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقرار 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, Polices, Procedures, Announcements and Decisions made by the SCFHS through its Website, Email, or any of its Formal Channels.	• يقر المركز التدريبى الحاصل على الاعتماد المؤسسى والبرامجى بالالتزام باللوائح والقواعد التنفيذية والسياسات والإجراءات والقرارات والتعليمات ذات العلاقة بالاعتماد والتدريب والتقييم التى تصدرها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عبر موقعها الإلكتروني أو أحد قنواتها المعتمدة.
• The Training Center Committed to accommodate the Training from the Shared Program when required during the Transition Period.	• يلتزم المركز التدريبى باستقبال المتدربين من البرنامج المشترك متى ما دعت الحاجة خلال الفترة الانتقالية لتحويل اعتماد البرنامج إلى ,وحدة تدريبية.
• 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-Training Unit Program Accredited Decision.	• يلتزم المركز التدريبى بالتنسيق مع جميع الأطراف المعنية بالبرنامج التدريبى المشترك أثناء الفترة الانتقالية التى قد تمتد إلى عامين تدريبيين من التاريخ المحدد بقرار تحويل اعتماد البرنامج التدريبى إلى وحدة تدريبية.
• 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-Training Unit Program Accredited Decision.	• يلتزم المركز التدريبى بتوصيات رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك للتدريب) فى القطاع التدريبى المشار إليها فى هذا النموذج عند اصدار قرار الاعتماد البرامجي بالموافقة على تحويل اعتماد البرنامج التدريبي إلى وحدة تدريبية.
• The Training Center is committed to transfer all trainees to another training center after the Suggested Date for transfer them.	• يقر ا لمركز التدريبى بتحويل جميع المتدربين إلى مراكز تدريبية أخرى معتمدة بعد التاريخ المتوقع لتحويل المتدربين.
• Kindly, submit this signed application form through the Programs Accreditation Email programs.accreditation@scfhs.org where our Accreditation Team will process it accordingly	• **يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الالكترونى الخاص بإدارة الاعتماد البرامجى programs.accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.**

يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامى للشؤون الأكاديمية و التدريب
To be signed by the Designated Institution Official

الممثل النظامي في المؤسسة الصحية (Designated Institution Official)

التوقيع (Signature):_____

الاسم (Name)_____

التاريخ (Date)_____

Stamp