



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





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
Official Personal DIO Email			البريد الإلكتروني للشخص الرسمي للممثل النظامي في المؤسسة الصحية
DIO General Email	dio@	البريد الإلكتروني الرسمي العام	Mobile No.
			رقم الجوال
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, 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 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 is Committed to coordinate with all concerned parties in the Shared Training Program after the approval of Conversion-to-Shared Program Accredited Decision 		<ul style="list-style-type: none"> يقر المركز التدريبي بالتنسيق مع جميع الأطراف المعنية بالبرنامج التدريبي المشترك بعد قرار الموافقة على تحويل اعتماد البرنامج التدريبي إلى برنامج مشترك. 	
<ul style="list-style-type: none"> Kindly, submit this signed application form attached with Inter-Institutional Collaboration Agreement with other Training Center(s) 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 مرفقا بالاتفاقية البينية بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد البرامجي programs.accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه. 	
يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب To be signed by the Designated Institution Official			

_____ (Name) الاسم

_____ (Designated Institution Official) الممثل النظامي في المؤسسة الصحية

_____ (Date) التاريخ

_____ (Signature) التوقيع

