



نموذج التقديم بطلب تحويل اعتماد البرنامج التدريبي من مكتمل إلى وحدة تدريبية  
Conversion from Full Training 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	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
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: / / ١٤ هـ	
Program Director Information		معلومات مدير البرنامج التدريبي	
Full Name		الاسم الرباعي	
SCFHS Id File 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		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	الاسم الأخير
Official Personal DIO Email				البريد الإلكتروني الشخصي 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"> <li>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.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Training Center Committed to accommodate the Training from the Full Program when required during the Transition Period.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يلتزم المركز التدريبي باستقبال المتدربين من البرنامج المكتمل متى ما دعت الحاجة خلال الفترة الانتقالية لتحويل اعتماد البرنامج إلى وحدة تدريبية.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Training Center is committed to transfer all trainees to another training center after the Suggested Date for transfer them.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يقر المركز التدريبي بتحويل جميع المتدربين إلى مراكز تدريبية أخرى معتمدة بعد التاريخ المتوقع لتحويل المتدربين.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kindly, submit this signed application form through the Programs Accreditation Email <a href="mailto:programs.accreditation@scfhs.org">programs.accreditation@scfhs.org</a> where our Accreditation Team will process it accordingly</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد البرامجي <a href="mailto:programs.accreditation@scfhs.org">programs.accreditation@scfhs.org</a> حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.</li> </ul>			
<p>يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب To be signed by the Designated Institution Official</p>						

\_\_\_\_\_ (Name) الاسم

(Designated Institution Official) الممثل النظامي في المؤسسة الصحية

\_\_\_\_\_ (Date) التاريخ

\_\_\_\_\_ (Signature) التوقيع

