



نموذج التقديم بطلب تحويل اعتماد البرنامج التدريبي من وحدة تدريبية إلى مكتمل
Conversion from Training Unit 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 | |
| <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 | | |





| | | | | |
|---|-------|--|------------|--|
| 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"> 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"> 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> | | | | |

_____ (Name) الاسم

(Designated Institution Official) الممثل النظامي في المؤسسة الصحية

_____ (Date) التاريخ

_____ (Signature) التوقيع

