



نموذج تعديل بيانات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب
Designated Institutional Official Demographic Data Modification Form

The Training Center Information (The Training Center that is Responsible for the SCFHS-Accredited Training Programs)		معلومات المركز التدريبي (المركز التدريبي المسؤول عن 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 Address		الموقع الإلكتروني للمركز التدريبي:	
Healthcare Sector (Select One)		القطاع الصحي (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	
<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 Information (Previous DIO) (The Individual who has the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)		معلومات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب (السابق) (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)	
Last	اللقب	Middle	الاسم الأوسط
Official Personal DIO Email:			الاسم الأول
DIO General Email:	dio@	البريد الإلكتروني العام	البريد الإلكتروني الشخصي الرسمي للممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب
SCFHS Profile ID:		رقم ملف الهيئة	رقم الجوال
		Rank:	التصنيف المهني
Designated Institutional Official Information (New DIO) (The Individual who has the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)		معلومات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب (الجديد) (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)	
Last	اللقب	Middle	الاسم الأوسط
Official Personal DIO Email:			الاسم الأول
DIO General Email:	dio@	البريد الإلكتروني العام	البريد الإلكتروني الشخصي الرسمي للممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب
SCFHS Profile ID:		رقم ملف الهيئة	رقم الجوال
		Rank:	التصنيف المهني





إقرار	Declaration
<ul style="list-style-type: none">• يقر الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقدم بطلب الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقراراً بالالتزام بما ورد بها.	<ul style="list-style-type: none">• The Designated Institutional Official 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 الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب 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 Designated Institutional Official declares the commitment of 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">• يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة عمليات الاعتماد المؤسسي inst.accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.	<ul style="list-style-type: none">• Kindly, submit this signed application form through the Institutional Accreditation Email inst.accreditation@scfhs.org where our Accreditation Team will process it accordingly.

يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية
To be signed by the Designated Institution Official

الإسم (Name):

الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب ((Designated Institution Official

التاريخ: (Date)

التوقيع:

Stamp

