



نموذج طلب تعديل الطاقة الاستيعابية Training Capacity Management

Accredited Training Program Information				البرنامج التدريبي المعتمد					
Training program name :				اسم البرنامج التدريبي:					
Training Center :				المركز التدريبي:					
City:				المدينة :					
<input type="radio"/> Diploma <input type="radio"/> Residency <input type="radio"/> Fellowship				<input type="radio"/> دبلوم <input type="radio"/> اختصاص عام <input type="radio"/> اختصاص دقيق					
Training Program Type:				نوع البرنامج التدريبي:					
<input type="radio"/> Full Program <input type="radio"/> Shared Program				<input type="radio"/> مكتمل <input type="radio"/> مشترك					
Training Capacity Management				تعديل الطاقة الاستيعابية					
<input type="radio"/> Increasement				<input type="radio"/> زيادة الطاقة الاستيعابية					
<input type="radio"/> Decrement				<input type="radio"/> خفض الطاقة الاستيعابية					
الطاقة الاستيعابية الحالية Current Training Capacity									
المستوى (٧)	المستوى (٦)	المستوى (٥)	المستوى (٤)	المستوى (٣)	المستوى (٢)	المستوى (١)	القبول السنوي الحالي		
الطاقة الاستيعابية المطلوبة Requested Training Capacity									
المستوى (٧)	المستوى (٦)	المستوى (٥)	المستوى (٤)	المستوى (٣)	المستوى (٢)	المستوى (١)	القبول السنوي الجديد		
متطلبات تعديل الطاقة الاستيعابية Requirements of Training Capacity Modification									
عدد العمليات / الأسبوع (للتخصصات الجراحية)		العدد الكلى للعمليات خلال العام الماضي (للتخصصات الجراحية)		عدد العيادات التدريبية/أسبوع		عدد أسرة التنويم		عدد المدربين	
العدد الجديد	العدد السابق (عند الاعتماد)	العدد الجديد	العدد السابق (عند الاعتماد)	العدد الجديد	العدد السابق (عند الاعتماد)	العدد الجديد	العدد السابق (عند الاعتماد)	العدد الجديد	العدد السابق (عند الاعتماد)
مبررات إضافية (إن وجدت)									
Program Director's name:				اسم مدير البرنامج:					
Signature:				التوقيع:					





مرئيات الشؤون الأكاديمية بالمركز التدريبي Training Center Academic Affairs Input			
التوقيع	الاسم:	الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب	
<input type="radio"/> Support the Request		<input type="radio"/> دعم الطلب	
<input type="radio"/> Not Support the Request		<input type="radio"/> عدم دعم الطلب	
Justification of support		مبررات الدعم:	
مرئيات لجنة الإشراف على البرنامج التدريبي المشترك (في حال كان اعتماد البرنامج مشترك) Shared Training Program Committee Input (For Shared Training Program)			
التوقيع	الاسم:	مشرف البرنامج المشترك	
<input type="radio"/> Support the Request		<input type="radio"/> دعم الطلب	
<input type="radio"/> Not Support the Request		<input type="radio"/> عدم دعم الطلب	
Justification of support		مبررات الدعم:	
توصية لجنة الاعتماد البرامجي			
<input type="radio"/> Approve		<input type="radio"/> الموافقة	
<input type="radio"/> Disapprove		<input type="radio"/> عدم الموافقة	
ملاحظات و توصيات لجنة الاعتماد البرامجي (إن وجدت)			





إقرار	Declaration
<ul style="list-style-type: none"> يقر المركز التدريبي بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقدم بطلب الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقراراً بالالتزام بما ورد فيها 	<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 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 الالكتروني أو أحد قنواتها المعتمدة 	<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, 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 الالكتروني الخاص بإدارة الاعتماد البرامجي Programs.Accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه. 	<ul style="list-style-type: none"> Kindly , submit this signed application from through the Programs Accreditation Email Programs.Accreditation@scfhs.org where our Accreditation Team will process it accordingly.
<p>يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية To be signed by the Designated Institution Official</p>	

.....(Name) الاسم (Designated Institutional Official) الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع في المؤسسة الصحية

.....(Date) التاريخ(Signature) التوقيع

