



نموذج طلب سحب الاعتماد المؤسسي بناءً على رغبة المركز التدريبي
Institutional Accreditation Withdrawal upon the Training Center Request Form

بيانات المركز التدريبي Training Center Details					
Training Centre				المركز التدريبي	
Mailing Address				العنوان	
City, Postal Code				المدينة، الرمز البريدي	
Training Sites related to the training Centre	-			-	المقر التدريبي التابعة للمركز التدريبي
القطاع الصحي (اختر واحد) Sector (Select One)					
<input type="checkbox"/> Ministry of Defense	وزارة الدفاع	<input type="checkbox"/> Ministry of Interior	وزارة الداخلية		
<input type="checkbox"/> Other Public Sector (Specify)	قطاع عام (حدد)	<input type="checkbox"/> Ministry of Education	وزارة التعليم		
<input type="checkbox"/> Private Sector	قطاع خاص	<input type="checkbox"/> Ministry of Health	وزارة الصحة		
<input type="checkbox"/> Charity Sector	قطاع خيري	<input type="checkbox"/> Ministry of National Guard	وزارة الحرس الوطني		
فئة المؤسسة الصحية Healthcare Institution Category (Select One)					
<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				
البرامج التدريبية المعتمدة في المركز التدريبي Accredited Training Programs					
N# of Trainees	Training Program	Number of Trainees	عدد المتدربين الحالي	البرنامج التدريبي	المقر التدريبي





Expected Date of last Trainee Graduation at all training Programs	٢٠ / / الموافق ١٤ / / هـ			٢٠ / / الموافق ١٤ / / هـ			التاريخ المتوقع لتخرج آخر متدرب في جميع البرامج التدريبية
Are there New Trainees were accepted in the Training Program	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Number Accepted Trainees	عدد المتدربين المقبولين	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل يوجد متدربين جدد مقبولين للبدء بأي من البرامج التدريبية المعتمدة
N# of Trainees	Training Program		Number of Trainees	عدد المتدربين المقبولة	البرنامج التدريبي		المقر التدريبي
Reasons of Requested Withdrawn Training Center	-	-			-	-	أسباب التقدم بطلب سحب الاعتماد المؤسسي
Declaration				إقرار			
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.				يقر المركز التدريبي بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقدم بطلب سحب الاعتماد ويعتبر النموذج الموقع اقرار بالالتزام بما ورد بها.			
The Accreditation Withdraw Decision shall take effect start from the date specified in the decision, and the Training Center bears the responsibility and legal consequences towards the Trainees or others, as a result of Withdrawing the Accreditation from the Training Center according to the Institutional and Program Accreditation Bylaws, and the SCFHS does not bear any responsibility as a result of this. The healthcare Institution has the right to submit a New Application for Institutional and Program Accreditation after one year from the Accreditation Withdraw Decision Date.				يسري قرار سحب الاعتماد من التاريخ المحدد بالقرار، ويتحمل المركز التدريبي المسؤولية والتبعات القانونية تجاه المتدربين أو الغير، وذلك نتيجة لسحب الاعتماد من المركز التدريبي وفقاً لأحكام لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي، ولا تتحمل الهيئة أي مسؤولية نتيجة لذلك، ويحق للمؤسسة الصحية التقدم بطلب جديد للاعتماد المؤسسي والبرامجي بعد مرور سنة من تاريخ صدور قرار سحب الاعتماد.			
Kindly, submit this signed application from through the Institutional Accreditation Email Inst.accreditation@scfhs.org.sa where our Accreditation Team will process it accordingly.				يرجى إرسال الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد المؤسسي Inst.accreditation@scfhs.org.sa حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.			
يتم توقيع النموذج من قبل الممثل للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية							
To Be Signed by the Designated Institution Official							

التوقيع الإلكتروني (Signature):

الاسم (Name):

الختم (Stamp):

التاريخ (Date):

Stamp

