



Program Accreditation Application  
نموذج طلب الاعتماد البرامجي

Requested Training Program for Accreditation	البرنامج التدريبي المطلوب اعتماده
Training Program Name	اسم البرنامج التدريبي
Professional Practice Category for the Specialty <input type="checkbox"/> Medical and Surgical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Nursing and Midwifery <input type="checkbox"/> Pharmacy <input type="checkbox"/> Allied Health	فئة الممارسة المهنية للتخصص <input type="checkbox"/> الطب والجراحة <input type="checkbox"/> الأسنان <input type="checkbox"/> التمريض والقبالة <input type="checkbox"/> الصيدلة <input type="checkbox"/> التخصصات الصحية المساندة
Accreditation and Training Supervision Level <input type="checkbox"/> First Level (Diploma and Main Specialty) <input type="checkbox"/> Second Level (Main Sub-Specialty) <input type="checkbox"/> Third Level (Area of Focused Competence "AFC" Sub-Specialty)	مستوى الاعتماد والاشراف على التدريب <input type="checkbox"/> الأول (برامج الدبلوم والاختصاص الرئيسي) <input type="checkbox"/> الثاني (برامج الاختصاص الدقيق الرئيسي) <input type="checkbox"/> الثالث (برامج الاختصاص الدقيق الفرعي)
Training Program Director	مدير البرنامج التدريبي
Full Name	الاسم الثلاثي
SCFHS Professional Registration ID	رقم التسجيل المهني بالهيئة
Specialty	التخصص
Nationality	الجنسية
Mobile No	رقم الجوال
Official Email	البريد الالكتروني الرسمي
The Training Center	المركز التدريبي
Name of the Training Center	الاسم الرسمي المعتمد للمركز التدريبي
Training Site(s) Required for Training Program Accreditation	المقر/ المقرات التدريبية المطلوب اعتماد البرنامج بها





Designated Institutional Official (DIO) (The individual who has the Authority and Responsibility for Supervision of All SCFHS-Accredited Training Programs at the Healthcare Institution)			الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع البرامج التدريبية المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في المؤسسة الصحية)		
First	Middle	Last Name	اللقب	اسم الأوسط	الاسم الأول
البريد الإلكتروني العام للممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب DIO General Email For Example: dio@abc.med.sa			البريد الإلكتروني الرسمي للممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب Official Personal DIO Email For Example: a.mohammed@abc.med.sa		
					رقم الجوال Mobile No
Declaration			إقرار		
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Training Center declares that the Institutional and Programs Accreditation Bylaws, Executive Policies, Procedures 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 الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقراراً بالالتزام بما ورد فيها.</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 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 declares the it will abide by the Payment of the Accreditation Fees as per the Institutional and Programs Accreditation Bylaws.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يقر المركز التدريبي بالالتزام بسداد رسوم الاعتماد المؤسسي والبرامجي حسب ما ورد بلائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kindly submit this completed and signed application form through the Programs Accreditation Operations Email programs.accreditation@scfhs.org where the 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 عمليات الاعتماد البرامجي programs.accreditation@scfhs.org حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه.</li> </ul>		
<p>يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب To be signed by the Designated Institutional Official</p>					

الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع في المؤسسة الصحية Designated Institutional Official	
<p>stamp</p>	<p>التاريخ Date</p>
	<p>الاسم Name</p> <p>التوقيع Signature</p>

