

Shared-to-Full Training Program Conversion 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"/> زمالة تخصص دقيق <input type="checkbox"/> اختصاص عام <input type="checkbox"/> دبلوم	
Training Program Type		نوع البرنامج التدريبي	
<input type="checkbox"/> Shared Program <input type="checkbox"/> Training Unit		<input type="checkbox"/> وحدة تدريبية <input type="checkbox"/> برنامج مشترك	
Proposed Program Director Information		معلومات مدير البرنامج التدريبي المرشح	
Full Name		الاسم الرباعي	
SCFHS Registration No.		رقم التصنيف المهني	
Nationality		الجنسية	
Mobile No.		رقم الجوال	
Official Email		البريد الإلكتروني الرسمي	
Training Center Information		معلومات المركز التدريبي	
(The Training Center that is Responsible for executing the SCFHS-Accredited Training Programs)		(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			
Supported by the Chairman of the Shared Training Committee (Associate Executive Director of Training) at the Training Sector		دعم رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك للتدريب) في القطاع التدريبي	
Full Name		الاسم الرباعي	
Suggested Date for Initiating the Shared-to-Full Training Program Conversion: / / ٢٠		التاريخ المقترح لبدء بتحويل اعتماد البرنامج التدريبي المشترك إلى مكتمل: / / ١٤هـ	
Mobile No.		رقم الجوال	
Official Email		البريد الإلكتروني الرسمي	
Recommendations of the Chairman of the Shared Training Committee (Associate Executive Director of Training) at the Training Sector		توصيات رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك للتدريب) في القطاع التدريبي	
Signature:		التوقيع	

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 والبرامج وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامج قبل التقدم بطلب تحويل الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقراراً 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 والبرامج 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 Training Center is committed to accommodate the Trainees from the Shared Program when required during the Transition Period. 				<ul style="list-style-type: none"> يلتزم المركز التدريبي باستقبال المتدربين من البرنامج المشترك متى ما دعت الحاجة خلال الفترة الانتقالية لتحويل اعتماد البرامج إلى برنامج تدريبي مكتمل. 		
<ul style="list-style-type: none"> The Training Center is committed to coordinate with all concerned parties in the Shared Training Program during the Transition Period for up to Two Years from the date specified in the Conversion-to- Full Training Program Accreditation Decision. 				<ul style="list-style-type: none"> يلتزم المركز التدريبي بالتنسيق مع جميع الأطراف المعنية بالبرنامج التدريبي المشترك أثناء الفترة الانتقالية التي قد تمتد إلى عامين تدريبيين من التاريخ المحدد بقرار تحويل اعتماد البرنامج التدريبي إلى مكتمل. 		
<ul style="list-style-type: none"> The Training Center is committed to fulfill the Recommendations of the Chairman of the Shared Training Committee (Associate Executive Director of Training) at the Training Sector that are indicated at this form, once the Programs Accreditation Decision is made approving the Conversion-to-Full Training Program. 				<ul style="list-style-type: none"> يلتزم المركز التدريبي بتوصيات رئيس لجنة التدريب المشتركة (المدير التنفيذي المشارك للتدريب) في القطاع التدريبي المشار إليها في هذا النموذج عند إصدار قرار الاعتماد البرامجي بالموافقة على تحويل اعتماد البرنامج التدريبي إلى مكتمل. 		
<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. 		

يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية و التدريب
To be signed by the Designated Institution Official

نموذج التقدم بطلب تحويل اعتماد البرنامج التدريبي المشترك إلى مكتمل



_____ (Name) الاسم

_____ (Date) التاريخ



_____ (Designated Institution Official) الممثل النظامي في المؤسسة الصحية

_____ (Signature) التوقيع