



King Saud University, King Khalid University Hospital
Residency / Fellowship Application Form (New Registration)



Program:

Type: Residency Fellowship Diploma

Program:

Registration No. (Office use only)

Personal Data:

Identification: ☐ Saudi ID No. ☐ Iqama No ☐ Passport No.....

1. Name: First Name Middle Name Family Name
(Arabic)

2. Gender 3. Nationality 4. Religion 5. Birth Date.....

6. Birth Place 7. Email

8. Home Address

9. Mailing Address

10. Phone 11. Mobile

12. Marital Status..... 13. Spouse Name

14. Dependent Information:

Name : Gender Age Relation

Name : Gender Age Relation

Name : Gender Age Relation

Name : Gender Age Relation

Name : Gender Age Relation

15. Father / Guardian's Name

16. Father / Guardian's Address.....

17. Father / Guardian's Contact No

18. Language Proficiency:

Arabic: ☐ Read ☐ Write ☐ Speak

English: ☐ Read ☐ Write ☐ Speak



King Saud University, King Khalid University Hospital
Residency / Fellowship Application Form (New Registration)



19. Emergency Contact:

Name

Address

Contact No. Email:

Sponsorship Information:

20. Sponsor Category

Address.....

Start Date : End Date :

Educational Information:

21. High School

Institute Name..... Degree.....

Start Date Graduation Date

Final Grade & % Marks

22. Medical School

Institute Name..... Degree.....

Start Date Graduation Date

Final Grade & % Marks

23. Internship

a. Service Institution

Start Date End Date..... Evaluation

b. Service Institution

Start Date End Date..... Evaluation

c. Service Institution

Start Date End Date..... Evaluation

d. Service Institution

Start Date End Date..... Evaluation



King Saud University, King Khalid University Hospital
Residency / Fellowship Application Form (New Registration)



Saudi Commission for Health Specialties:

24. Score Date Taken Licensing No. / Registration No.

Work Experience

25 a. Employer Position held

Responsibilities

Start Date End Date

b. Employer Position held

Responsibilities

Start Date End Date

c. Employer Position held

Responsibilities

Start Date End Date

Graduates Transferring from Programs outside KSU (optional):

26. Reason for Seeking Transfer

Program & Level Required

Other Information

27. a. Position Held Institution

Start Date End Date

b. Position Held Institution

Start Date End Date

c. Position Held Institution

Start Date End Date

Publications:

28. a. Publication Title (Attach copy of publication)

b. Publication Title (Attach copy of publication)

c. Publication Title (Attach copy of publication)



King Saud University, King Khalid University Hospital
Residency / Fellowship Application Form (New Registration)



References:

29. a. Full name Email
- Address
- Contact No. Mobile No.
- b. Full name Email
- Address
- Contact No. Mobile No.
- c. Full name Email
- Address
- Contact No. Mobile No.

*** I hereby declare that the information provided by me is true and my application is liable for rejection if any of the information is found to be false. I also hereby agree that I shall abide by all rules and regulations put forth by the Postgraduate Medical Education and King Saud University.**

Resident's Signature Date



KSU FELLOWSHIP & DIPLOMA APPLICATION REQUIREMENTS

1. Submit all the requirements listed below:
 - ✓ Application form (available at our office or visit www.medicine.ksu.edu.sa to download)
 - ✓ Curriculum Vitae (C.V)
 - ✓ Specialty Certificate (if applying for the sub specialty fellowship)
 - ✓ MBBS and Internship (copy)
 - ✓ Transcript of records (copy)
 - ✓ SLE: Saudi Council License Exam (copy)
 - ✓ 3 letters of recommendation
 - ✓ Letter of no objection from the sponsor
 - ✓ Postgraduate certificates copy (if any)
 - ✓ Saudi ID/Iqama and Passport Copies
 - ✓ 3 pictures (passport size)
 - ✓ Copy of BLS and ACLS
2. Application should be submitted on or before the given deadline. Any incomplete application will not be accepted.
3. Candidate's file will be forwarded to the Department Program Director for review.
4. Accepted applicant will be informed in writing or by telephone contact to attend the selection exam.
5. Releasing of the selection exam result, will be within 1-3 weeks.
6. Acceptance letters for the successful candidates, 2-3 weeks.
7. Successful candidates must prepare the release letter from the sponsor and an annual fee of SR1, 200/- for the first year of training (for Non-Saudis the annual training fee will be SR30,000/-). Failure to comply with these requirements on or before the given deadline will be disqualify to enter the training program.
8. All fellowship and Diploma programs will start every 1st October.

**ALL PAYMENTS CAN BE MADE BY SPAN, CASH, BANKDRAFT PAYABLE
TO [MEDICAL EDUCATION CENTER, COLLEGE OF MEDICINE, KSU](#)**

For more information please contact:

Residency Office Secretaries at tel. # +966-11-469-9128 / 467-2609 / 467-1551 / 1554 / 1556 / ext 22,30,33,39

Fax #+966 11 469 9126 www.medicine.ksu.edu.sa



**DATES OF SELECTION EXAM / INTERVIEW FOR
KING SAUD UNIVERSITY FELLOWSHIP AND DIPLOMA PROGRAMS 2014-15
(1436-37)**

NAME OF THE PROGRAM	DATE OF SELECTION EXAM / INTERVIEW	DEADLINE FOR SUMISSION OF APPLICATION
KSU RESIDENCY PROGRAMS		
ANAESTHESIA	Sunday 03 rd May 2015 14 th Rajab 1436	Sunday 26 th April 2015 07 th Rajab 1436
INTERNAL MEDICINE	Wednesday & Thursday 06 – 07 May 2015	Thursday 16 th April 2015 27 th Jumada II 1436
OPHTHALMOLOGY	Wed 11th & Thur 12th Mar 2015	Wednesday 12th February 2015
OTORHINOLARYNGOLOGY (ENT)	Done	
RADIOLOGY	Wednesday 25 th March 2015 05 th Jumada II 1436	Wednesday 25 th March 2015 05 th Jumada II 1436
NEUROLOGY	Thursday 02nd April 2015 13 th Jumada II 1436	Wednesday 01st April 2015 12 th Jumada II 1436
DERMATOLOGY	Tuesday 05th May 2015 16 th Rajab 1436	Sunday 26 th April 2015 07 th Rajab 1436
CLINICAL PATHOLOGY	Thursday 07 th May 2015 18 th Rajab 1436	Thursday 30 th April 2015 11 th Rajab 1436
HEMATOPATHOLOGY	Thursday 07 th May 2015 18 th Rajab 1436	Thursday 30 th April 2015 11 th Rajab 1436
HISTOPATHOLOGY	Thursday 07 th May 2015 18 th Rajab 1436	Thursday 30 th April 2015 11 th Rajab 1436
MICROBIOLOGY	Thursday 07 th May 2015 18 th Rajab 1436	Thursday 30 th April 2015 11 th Rajab 1436
KSU Diploma Programs		
FIELD EPIDEMIOLOGY	Tuesday 05th May 2015 16 th Rajab 1436	Thursday 30 th April 2015 11 th Rajab 1436
OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY ULTRASOUND	To be Announced	To be Announced
COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY	To be Announced	To be Announced



نموذج ش ط 6

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك سعود
عمادة الدراسات العليا
الشئون الطلابية
ص.ب 1241 الرياض 11431

استمارة طلب التحاق بالدراسات العليا بالجامعة

الفصل	من العام الجامعي	14 /	14 هـ
الرجاء تعبئة البيانات بدقة الأول	الأب	الجد	العائلة
الاسم :			
(طبقاً لوثيقة التخرج)			
الاسم باللغة الانجليزية :			
(طبقاً لجواز السفر)			
الحالة الاجتماعية :	عزباء	متزوجة	
الجنسية :			
مكان الميلاد :	تاريخ الميلاد :		
الحالة الوظيفية :	أعمل	لا أعمل	
مسمى الوظيفة الحالي :	جهة العمل الحالية :		
هل أرفقت موافقة جهة العمل :	نعم	لا	
عنوان المراسلة الدائم ص.ب :	الرمز البريدي :		
	المدينة :		
الدولة :	البريد الإلكتروني :		
هاتف المنزل :	رقم الجوال :		
هاتف العمل :			
اسم شخص للطوارئ بمدينة الرياض :	هاتف المنزل :		
رقم الجوال :	هاتف العمل :		
البريد الإلكتروني :			
للسعوديين			
رقم البطاقة الشخصية :	رقم حفيظة النفوس :		
مصدرها :	تاريخها :		
لغير السعوديين			
رقم جواز السفر :	تاريخه :	صلاحيته :	
مصدره :			
رقم الإقامة :	تاريخها :	صلاحيتها :	
مصدرها :			

المؤهلات العلمية

المؤهل العلمي	تاريخ الالتحاق	التخصص	الكلية	الجامعة التي تخرجت منها والدولة التابعة لها	سنة التخرج	التقدير	المعدل التراكمي
بكالوريوس							
دبلوم							
ماجستير							

☐

☐

☐

الدرجة العلمية التي ترغب في التقدم لها: دبلوم زمالة ماجستير دكتوراه

الكلية : . القسم :

التخصص:

التاريخ الوظيفي

جهة العمل	مسمى الوظيفة	تاريخ الالتحاق بالعمل	
		من	إلى

هل سبق لك القبول بالدراسات العليا بجامعة الملك سعود أو أي جامعة أخرى؟

لا نعم

تاريخ القبول	القسم	الكلية	الجامعة	السنة	الرقم الجامعي

طالبات فقط

موافقة ولي الأمر

على التحاق الطالبة بالدراسات العليا

أوافق أنا ولي أمر الطالبة على التحاقها بجامعة الملك سعود للدراسة والسماح لها بمواصلة الدراسة حتى حصولها على المؤهل العلمي. وعلى ذلك أوقع.

اسم ولي الأمر بالكامل:

صلة القرابة:

التوقيع:

إقرار وتعهد للسعوديات اللاتي لا يعملن

أقر أنا الموقعة أدناه بأنني لست موظفة حكومية ولا أهلية في الوقت الحاضر ، كما أتعهد في حالة التحاقني بأي عمل بأن أقوم بإبلاغ عمادة الدراسات العليا وإحضار موافقة جهة عملي على متابعة الدراسة.

إذا ثبت خلاف ذلك فإن لعمادة الدراسات العليا الحق بإلغاء قيدي واستبعاد ملفي. وعلى ذلك أوقع.

التوقيع :

تعهد بإحضار موافقة جهة العمل

أتعهد أنا الموقعة أدناه بأن أحضر موافقة جهة عملي في حالة قبولي للدراسات العليا وذلك قبل بدء موعد التسجيل للفصل الذي أُقبل فيه . ومن حق عمادة الدراسات العليا إلغاء قبولي إذا لم أحضر هذه الموافقة. وعلى ذلك أوقع.

التوقيع :

إقرار وتعهد بعدم العمل لغير السعوديات

أتعهد أنا الموقعة أدناه أنني لست موظفة حكومية ولا أهلية في الوقت الحاضر ، كما أتعهد بعدم الالتحاق بأي وظيفة حكومية أو أهلية حتى أنتهي من إكمال دراستي العليا.

وإذا ثبت خلاف ذلك فإن لعمادة الدراسات العليا الحق بإلغاء قيدي واستبعاد ملفي. وعلى ذلك أوقع.

التوقيع :

تعهد بإحضار صورة مصدقة

من وثيقة التخرج والسجل الأكاديمي

أتعهد أنا الموقع أدناه بأن أحضر صورتين من وثيقة تخرجي وكذلك سجلي الأكاديمي بعد تخرجي ومن حق عمادة الدراسات العليا إلغاء قبولي إذا لم أحضر المطلوب. وعلى ذلك أوقع.

التوقيع :

أقر أنا الطالبة : بأن جميع البيانات التي دونتها في هذا الطلب صحيحة وأتحمل مسؤولية ما يترتب على ذلك. كما أقر بأنني على علم بالتعليمات التالية :

1. تقوم الطالبة بتعبئة هذا النموذج بنفسها وتعتبر مسئولةً تامة عن صحة جميع البيانات التي دونتها.
 2. تقوم الطالبة بالتقدم بجميع مستنداتها كاملة إلى عمادة الدراسات العليا (صور مصدقة).
 3. تسلّم ملف الطالبة من قبل عمادة الدراسات العليا لا يعني قبولها في الجامعة.
 4. يحق لعمادة الدراسات العليا إلغاء قيد الطالبة التي يتضح أنه سبق أن ألغي قيدها (فُصلت) من جامعة الملك سعود أو أي جامعة أخرى بغض النظر عن المرحلة التي قطعتها الطالبة في الدراسة.
 5. لا يجوز للطالبة الالتحاق ببرامجين للدراسات العليا في وقت واحد وإذا تبين ذلك فإن لعمادة الدراسات العليا الحق في إلغاء قيد الطالبة من البرنامجين.
 6. أن تقوم الطالبة بإبلاغ عمادة الدراسات العليا عن أي تغيير يطرأ على البيانات التي دونتها في هذا الطلب (وخاصة تغيير الحالة الوظيفية أو عنوان المراسلة الدائم أو أرقام الهواتف).
 7. أن تقوم الطالبة بالمحافظة على جميع مقتنيات الجامعة.
 8. في حالة عدم القبول يرجى مراجعة عمادة الدراسات العليا لتسليم الملف خلال مدة أقصاها ثلاثة أشهر من بدء الدراسة للفصل الذي تقدمت له الطالبة والعمادة تخلي مسؤوليتها بعد ذلك.
- التوقيع :

المستندات المطلوبة:

- 1- استمارة القبول مسئولية جميع البيانات (الاستمارة موجودة على الرابط <http://www.ksu.edu.sa/sites/KSUArabic/Deanships/Grad/Pages/DeanshipForms.aspx>)
 - 2- البطاقة الشخصية أو جواز السفر لغير السعوديين (ودفتر العائلة للطالبات).
 - 3- وثيقة التخرج للدرجة العلمية السابقة التي يحملها المتقدم.
 - 4- سجل الدرجات الأكاديمي.
 - 5- توصيات علمية (اثنتان على الأقل)
 - 6- السيرة الذاتية
 - 7- تعهد خطي بإحضار موافقة جهة العمل للموظفين
- ملاحظة: على المتقدمة إحضار الوثائق الأصلية للمطابقة عند القبول.

لمزيد من المعلومات نرجو الاتصال بعمادة الدراسات العليا

ص.ب 1241 الرياض 11431

هاتف: 01/4358755 فاكس: 01/4357906



King Saud University Hospital
Computer & Information Department

Physician Biographic Data

Doctor ID*		Title		Initials	
Personal Information					
	English		Arabic		
First Name*					
Second Name*					
Third Name*					
Family Name*					
Sex					
Nationality					
Contact Information					
Home Address 1*					
Home Address 2					
Suburb /Area		Office Phone/Mobile*			
Home Phone*		Bleep*			
Position Information					
Consultant	Yes	No	Full Time		
Faculty Member	Yes	No			
Senior Medical Staff	Yes	No			
Visiting Doctor	Yes	No	Visit End Date		
Position*					
Qualifications*					
Doctors Department					
Department					
Doctor Signature		Date			
Dept. Head Signature		Date			
Computer & Information Department					
Director Signature		Date			
Assigned to		Date			
Done By		Signature			
Remarks					

This Number Will assigned by Computer & Information Department if You Prefer any Number of (5 Digits) Please specify it(Ex:Your Computer Number)

Request for Access Form

User Information

User Name: _____ Employee No: _____
Position: _____ Phone: _____ Date: _____
Department: _____ Dept. Head Sign. : _____
Reason of requested Access: _____

User Access:

	System Name	Related Dept. Approval	Created By
	LAS (Lab Access Enquiry System) GL General Lab Histo. PFT ECHO		
	Eligibility Fax System		
	Medical Report		
	e-Prescription		
	Car-Parking		
	Purchase Request Enquiry (PR-E)		
	Employee Leave Management Sys. (ELMS) for College of Medicine staff		
	Employee Leave Management Sys. (ELMS) for Hospital staff		
	PRO-Mobile Update		
	Emtiaz Students		
	Laser fish		
	Business Center		
	PACS (web Browsing)		
	Others: _____		

IT Director Signature: _____

King Khalid University Hospital

KKUH Wireless Access Form

This form is only valid for "KKUH Employee"

User Information to be filled by Applicant (* = Mandatory Information)

Applicant Information	Device Information
* Hospital Employee ID #: _____ (Please submit your ID copy along with this form) * Name Full: _____ Capital Letters * Position: _____ * Department/Section: _____ * Contact Numbers: Tel: _____ Cell # _____ * Email ID: _____ (If user do not have email id please contact KSU 4675557) Important Note: Each FORM will take minimum 5 working days to process by the IT department from your date of submittal.	- Please make sure your device is protected with latest Anti Virus and Latest security patches. - Only one WIFI device is allowed for each user. * WIFI Address: _____:_____:_____:_____:_____: (عنوان WiFi) * WIFI Device Type: ☐ Laptop, ☐ Phone (only Apple and Samsung S1 & S2) ☐ Tablet, ☐ Medical Devices (Please check only one) If you need help please contact IT Help Desk 4691515 or bleep 0808. I confirm that I am fully aware of the KKUH Information technology policy and procedures and standards and not complying will results on deactivate account. * Applicant Signature: _____ * Application Date: _____-_____-_____(DD-MM-YYYY)

* = Mandatory Information

In order to get KKUH wireless connectivity you must provide all above information before start using KKUH Wireless Access. IT Department will send you your credentials and usage procedure to above mentioned Email ID.

To be signed by Applicant Head of the Department

I hereby authorize applicant to use KKUH Wireless network for the above mention role as per the Hospital Information Technology and Information Management Standards.

I am authorizing user to use KKUH Wireless.

This agreement will remain in effect until user leave the hospital for good.

Head of The Department Name: _____ Signature _____ Date: ____-____-____

Only use for Information Technology Department

IT Director : _____ Signature : _____ Date: ____-____-____

Access Provided By : _____ Signature : _____ Date: ____-____-____

User ID and Passoword Send Via Email or SMS: _____ By: _____

Comments : _____

✂-----

User ID: _____ Password: _____

صورة ملونة
حديثه

نموذج إصدار بطاقة HOSPITAL ID REQUEST FORM



Personnel Information's

أولاً : المعلومات الشخصية

Full Name :	الاسم :
File No. :	رقم الملف :
Position :	الوظيفة :
Grade :	المرتبة :
Department :	القسم :

Head of Department Approbation

ثانياً : مصادقة رئيس القسم / مدير الإدارة

Name :	الاسم :
Position :	الوظيفة :
Department :	القسم :
Date :	التاريخ :
Signature :	التوقيع :

Secretary of Department

ثالثاً : الاستلام من قبل سكرتير القسم / الإدارة

Receiver Name :	أسم المستلم :
Date : / / Signature:.....	التاريخ : / / التوقيع:.....

Personnel Department

رابعاً : الموظف المختص بشؤون الموظفين

Name :	الاسم :
Date :	التاريخ :
Signature :	التوقيع :
Note :	ملاحظات :

King Saud University
College of Medicine
King Khalid University Hospital
Medical Education Center



جامعة الملك سعود
كلية الطب
مستشفى الملك خالد الجامعي
مركز التعليم الطبي

Bleep Receiving form

Name:	الاسم :
Computer (ID) No.	رقم الكمبيوتر:
Bleep No.	رقم النداء الآلي بطاقة دخول عمليات
Department :	القسم :
Training Duration:	مدة التدريب :
Sponsor:	المرجع :
The amount deposited :	المبلغ المسلم :
Received by :	المستلم والتوقيع :



- 1- Employee Name: أسم الموظف : 1-
2- Computer No.....: رقم الكمبيوتر : 2-
3- Department.....: الإدارة : 3-
4- Authorization Signature.....: توقيع مدير الإدارة : 4-

الأغراض	Items	الكمية Quantity
بالطو	Laboratory Coats	
بالطو عمليات	Scrub Suits	
أخرى	Other	

Approval Laundry Director.....: اعتماد مدير المغسلة :

Date of issue.....: تاريخ الصرف :

Laundry No.....: رقم المغسلة :

Color.....: اللون :

Size.....: المقاس :

laundry Clerk Sig and date.....: توقيع كاتب إدارة المغسلة وتاريخه :

Note : Please take care of your uniform size

فضلاً أحرص على المقاس المناسب

No change after issuing

لايجوز إرجاع الملابس بعد صرفها

Received Correct Size

استلمت المقاس الصحيح :

Employee Signature :.....: توقيع الموظف المستلم :





King Saud University, King Khalid University Hospital
Application Form – Visiting - Rotating Residents



Saudi Commission for Health Specialties

18. Licensing No. / Registration No.

Present Employment

19. Organization Name

20. Position held

21. Responsibilities

22. Start Date

*** I hereby declare that the information provided by me is true and my application is liable for rejection if any of the information is found to be false. I also hereby agree that I shall abide by all rules and regulations put forth by the Postgraduate Medical Education and King Saud University.**

Attached letter from the resident's home Program Director approving rotation / Letter from Saudi Commission for Health Specialties

Letter from receiving Program Director

Copy of ID

Copy of Saudi Commission for Health Specialties License

Application Form

Resident's Signature Date