Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of higher education
King Saud University
colleage of medicine &
King Khalid University Hospital

جامعة الملك سعود
King Saud University

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك سعود
كلية الطب
ومستشفى الملك خالد الجامعي

نموذج طلب تدريب خارج منطقة الرياض

تاريخ تقديم الطلب : يوم ..... التاريخ : / / ١٤هـ ، الموافق : / / ٢٠ م .

الاســـم :		الرقم الجامعي :	
رقم الجوال / البيجر	..... /	رقم ملف الامتياز :	/
فترة الامتياز :	ابتداء من : / / ١٤هـ ، الموافق : / / ٢٠ م . إلى : / / ١٤هـ ، الموافق : / / ٢٠ م .		

تعبأ من قبل (طبيب / طبيبة) الامتياز

الدورات التي تم إنهائها :

الدورة	من تاريخ	إلى تاريخ	المكان

الدورات التي أرغب قضائها خارج الرياض :

الدورة	من تاريخ	إلى تاريخ	المكان

تعهد وإقرار :

١- أن جميع البيانات المذكورة أعلاه صحيحة و تحت مسئوليتي و لإدارة الكلية الحق في اتخاذ الإجراء اللازم إذا وجد خلاف ذلك .
٢- لا يحق لي التمتع بأكثر من ٥٠ % من فترة التدريب خارج المستشفيات الجامعية .
٣- يجب أن أتقدم بطلبي هذا قبل بدء الدورة بشهرين للدورة التي أرغب قضائها خارج منطقة الرياض .
٤- يجب أن تكون المستشفيات والتخصصات المذكورة أعلاه معتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية .
٥- في حال عدم وصول رد القبول فإنني على علم بأنني سوف أبقى في الدورة التي سبق وأن سجلت بها سابقاً داخل المستشفى .
٦- لا يحق لي أن أعتذر عن قضاء الفترة التدريبية خارج منطقة الرياض في حال وصول رد القبول .
٧- لا يحق لي تغيير رغبتي بعد اعتماد هذا النموذج من صاحب الصلاحية ومخاطبة الجهة المعنية .

الاســم : ..... التوقيع : ..... التاريخ : ..... / ..... / ١٤هـ

مكتب أطباء الامتياز

مع التحية لسعادة المشرف على مكتب أطباء الامتياز حفظة الله .
نفيد سعادتكم بما يلي :
١- هل سبق لـ (طبيب / طبيبة) الامتياز قضاء فترة تدريبية خارج منطقة الرياض . ☐ نعم ☐ لا
وذلك في ..... خلال الفترة : .....

قائد الفريق

☐ أوافق على الطلب .
☐ لا أوافق ، وذلك للأسباب التالية : .....
الاسم : ..... التوقيع : ..... التاريخ : ..... / ..... / ١٤هـ

المشرف على مكتب أطباء الامتياز

☐ لا مانع و يتم إكمال اللازم . ☐ عدم الموافقة . ☐ .....
الاســم : ..... التوقيع : ..... التاريخ : ..... / ..... / ١٤هـ

(مكتب الإمتياز)