



وزارة الصحة
Ministry of Health



الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
Saudi Commission for Health Specialties

يعبا من قبل المتدرب	
Name in English :	الاسم الرباعي باللغة العربية :
رقم الهوية :	رقم الجوال :
المستوى :	الجهة التدريبية :
ايميل المتدرب :	القسم :
المنطقة :	المركز التدريبي (المعني بأخذ الدورة الخارجية به)
من :	فترة الدورة الخارجية (مع ذكر تفاصيل فترة الدورة الخارجية)
الى :	(
هل سبق أخذ دورة خارجية خلال السنة الاكاديمية ؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اذا كانت الاجابة (نعم) نرجو ذكر عدد ومكان الدورة و مدتها بالاسبوع.	
هل لديك ارتباط شخصي اثناء فترة الدورة الخارجية بالنشاط الاكاديمي ؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل فترة الدورة الخارجية مطابقة للجدول ؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
عنوان التواصل لمركز التدريب (المعني بأخذ الدورة الخارجية به):	
توقيع المتدرب :	التاريخ :
توقيع مدير البرنامج :	التاريخ :
توقيع الممثل النظامي للشؤون الاكاديمية و التدريب بصحة جازان د.اسامة احمد الحربي	الختم الرسمي :
التاريخ :	

ملاحظات :
يجب تعبئة هذا النموذج قبل بدأ الدورة الخارجية بفترة لا تقل عن 3 اشهر .
يحتفظ المركز التدريبي بنسخة من النموذج و يحفظ في ملف المتدرب .
صورة للمشرف الاكاديمي

صورة لمنسقة one45