

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| يعبا من قبل المتدرب | | | | |
| الاسم الرباعي باللغة العربية: | | Name in English: | | |
| رقم الهوية: | | رقم الجوال: | | المستوى: |
| ايميل المتدرب: | | الجهة التدريبة: | | |
| المركز التدريبي (المعني بأخذ الدورة الخارجية به) | المنطقة: | القسم: | | |
| فترة الدورة الخارجية (مع ذكر تفاصيل فترة الدورة الخارجية) | من: | الى: | | |
| هل سبق أخد دورة خارجية خلال السنة الاكاديمية؟   * نعم * لا | | إذا كانت الاجابة (نعم) نرجو ذكر عدد ومكان الدورة ومدتها بالأسابيع.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| هل لديك ارتباط شخصي اثناء فترة الدورة الخارجية بالنشاط الأكاديمي؟   * نعم * لا | |  | | |
| هل فترة الدورة الخارجية مطابقة للجدول؟   * نعم * لا | |  | | |
| عنوان التواصل لمركز التدريب (المعني بأخذ الدورة الخارجية به): | | | | |
| توقيع المتدرب: | | التاريخ: | | |
| توقيع مدير البرنامج: | | التاريخ: | | |
| توقيع الممثل النظامي للشؤون الاكاديمية والتدريب بتجمع جازان الصحي  د.اسامة احمد الحربي | | الختم الرسمي: | التاريخ: | |

ملاحظات:

يجب تعبية هذا النموذج قبل بدأ الدورة الخارجية بفترة لا تقل عن 3 أشهر.

يحتفظ المركز التدريبي بنسخة من النموذج ويحفظ في ملف المتدرب.

صورة للمشرف الأكاديمي

صورة لمنسقةone45