



TRAINEE'S PERSONAL DATA :

البيانات الشخصية للمتدرب :

Personal Data	Gender: الجنس:	Name: الاسم:
	male female انثى ذكر	
	Expiry date: تاريخ الانتهاء:	I.D. no: رقم الهوية:
		Nationality: الجنسية:
	E-mail Address: البريد الإلكتروني:	Mobile no: رقم الجوال:

Program type:

نوع البرنامج :

Fellowship: تخصص دقيق: F1 F2 F3 Diploma: دبلوم: L1 L2 Residency: أختصاص: R1 R2 R3 R4 R5

Training Data	Starting Date: تاريخ بداية التدريب	Duration: مدة التدريب	Requested Department: القسم المطلوب للتدريب	Program Name: اسم البرنامج او التخصص (الرئيسي / الدقيق)
	Trainee's Original Training Center: المركز التدريبي الرئيسي للمتدرب		Trainee's Sponsoring Institution: جهة عمل المتدرب	
	City: المدينة:	Institution Name: اسم الجهة:	City: المدينة:	Institution Name: الجهة:

Trainee's undertaken	
I	أقر أنا
Hereby certify that all the above information is true and correct, and I am committed to renew all my expired certificates and documents, and provide a valid photocopy of it to the Academic Affairs Department at KAUH during the KAUH.	بأن بياناتي أعلاه كاملة وصحيحة ، وانني ألتزم بتجديد الوثائق و الشهادات بشكل فوري عند إنتهاء صلاحيتها ، ومن ثم تزويد إدارة الشؤون الأكاديمية بالمستشفى الجامعي بصورة منها طوال فترة تدريبي فيها .
Signature:	التوقيع:

Acceptance	DEPARTMENT APPROVAL (non contracted)	موافقة القسم على التدريب (لغير المتعاقدين)
	Director Department: Approved: Start Date: to Hospital I.D. Card : User password, Phoenix Program Yes No	رئيس قسم : لاماع لدينا من تدريب المتقدم المذكورة بياناته اعلاه لمدة ابتداء من الى إصدار بطاقة دخول المستشفى : إصدار اسم مستخدم وكلمة مرور لبرنامج الفينكس لا نعم
	Name: Date: signature:	الاسم : التاريخ : التوقيع :

تدقيق الشؤون الأكاديمية			
متطلبات التسجيل ومحتويات ملف المتقدم الأكاديمي :			
الفحص الطبي من جهة العمل	صورتين شخصية ملونة	خطاب التوجيه من جهة العمل	
شهادة الانعاش القلبي الرئوي BLS ، تاريخ الانتهاء :	صورة من الهوية الوطنية	الموافقة على التدريب	
التأمين ضد الأخطاء الطبية ، تاريخ الانتهاء :	صورة من شهادتي التخرج والامتياز	إشعار القبول و إختبار SLE للهيئة السعودية	
التقرير السنوي و بطاقة التصنيف ، تاريخ الانتهاء :	صورة من السيرة الذاتية لمتدرب	إقرار الإلتزام بأنظمة قوانين المستشفى	
إرشافة الملف :		إرسالة الى الايميل :	