

## Programs Accreditation Application Form

Requested Training Program Information		البرنامج التدريبي المطلوب اعتماده بالمركز التدريبي	
Training program name :		اسم البرنامج التدريبي:	
Training Center :	المركز التدريبي :	City:	المدينة :
<input type="radio"/> Diploma <input type="radio"/> Residency <input type="radio"/> Fellowship		<input type="radio"/> زمالة تخصص دقيق <input type="radio"/> اختصاص عام <input type="radio"/> دبلوم	
Training Program Type:		نوع البرنامج:	
<input type="radio"/> Full Program <input type="radio"/> Shared Program <input type="radio"/> Training Unit		<input type="radio"/> مكتمل <input type="radio"/> مشترك <input type="radio"/> وحدة تدريبية	
Proposed Program Director Information		معلومات مدير البرنامج المرشح	
Full Name:		الاسم الرباعي :	
SCFHS Registration No:		رقم التصنيف المهني:	
Nationality :		الجنسية :	
Mobile No:		رقم الجوال :	
Official Email :		البريد الالكتروني الرسمي :	
Healthcare Institution Information		معلومات المؤسسة الصحية	
(The Training center that is Responsible for the SCFHS-Accredited Training Programs )		(المركز التدريبي المسؤول عن البرامج المعتمدة لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية)	
Name of the healthcare Institution:		الاسم الرسمي المعتمد للمؤسسة الصحية:	
Mailing Address:		العنوان:	
City , Postal Code:		المدينة ، الرمز البريدي :	
Healthcare Institution Website:		الموقع الالكتروني للمؤسسة الصحية:	
Sector (select one)		القطاع (اختر واحد)	
<input type="radio"/> Ministry of Health      وزارة الصحة		<input type="radio"/> Ministry of Interior      وزارة الداخلية	
<input type="radio"/> Ministry of Education      وزارة التعليم		<input type="radio"/> Other Public Sector ( Specify )      قطاع عام آخر (حدد).....	
<input type="radio"/> Ministry of Defense      وزارة الدفاع		<input type="radio"/> Private Sector      قطاع خاص	
<input type="radio"/> Ministry of National Guard      وزارة الحرس الوطني		<input type="radio"/> Charity Sector      قطاع خيري	
Healthcare Institution Category (select one)		فئة المؤسسة الصحية (اختر واحد)	
<input type="radio"/> Primary Healthcare Center      مركز رعاية صحية أولية		<input type="radio"/> Healthcare Cluster      تجمع صحي	
<input type="radio"/> Secondary Healthcare Center      مستشفى عام		<input type="radio"/> University Hospital      مستشفى جامعي	
<input type="radio"/> Tertiary Healthcare Center      مستشفى متخصص		<input type="radio"/> Other ( Specify )      أخرى ( حدد ) .....	
<input type="radio"/> Specialized Center      مركز متخصص			

<b>Designated Institutional Official Information (DIO)</b> (The individual who had the Authority and Responsibility for All the SCFHS-Accredited Training Programs at this Healthcare Institution)			معلومات الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية (صاحب الصلاحية والمسؤول عن الإشراف على جميع برامج التدريب المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في هذه المؤسسة الصحية)		
First:	Middle :	Last Name:	اللقب :	اسم الأوسط :	الاسم الأول:
Official Personal DIO Email:			البريد الإلكتروني الشخصي الرسمي للممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب:		
DIO General Email: dio@			رقم الجوال : Mobile No :		
<b>Declaration</b>			<b>إقرار</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Training Center Declares that the Institutional and Programs Accreditation Bylaws, Executive Rules and Accreditation Standards were reviewed prior to the submission of this signed application form , and declares the commitment of the Healthcare Institution to abide by it .</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يقر المركز التدريبي بالاطلاع على لائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي وقواعدها التنفيذية ومعايير الاعتماد المؤسسي والبرامجي قبل التقدم بطلب الاعتماد ويعتبر نموذج الطلب الموقع اقراراً بالالتزام بما ورد فيها</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Training Center that Receives the Institutional and Programs Accreditation declares that it will abide by all the SCFHS Accreditation, Training and Assessment related Bylaws, Executive Rules, Polices, Procedures, Announcements and Decisions made by the SCFHS through its Website, Email, or any of its Formal Channels.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يقر المركز التدريبي الحاصل على الاعتماد المؤسسي والبرامجي بالالتزام باللوائح والقواعد التنفيذية والسياسات والإجراءات والقرارات والتعليمات ذات العلاقة بالاعتماد والتدريب والتقييم التي تصدرها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عبر موقعها الإلكتروني أو أحد قنواتها المعتمدة</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Training center declares the it will abide by the Payment of the Accreditation Fees as per the Institutional and Programs Accreditation Bylaws.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يقر المركز التدريبي بالالتزام بسداد رسوم الاعتماد المؤسسي والبرامجي حسب ما ورد بلائحة الاعتماد المؤسسي والبرامجي</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kindly , submit this signed application from through the Programs Accreditation Email <a href="mailto:Programs.Accreditation@scfhs.org">Programs.Accreditation@scfhs.org</a> where our Accreditation Team will process it accordingly.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>يرجى إرسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الإلكتروني الخاص بإدارة الاعتماد البرامجي <a href="mailto:Programs.Accreditation@scfhs.org">Programs.Accreditation@scfhs.org</a> حيث سيتم التعامل معه من قبل فريق الاعتماد عند استلامه</li> </ul>		
<p>يتم توقيع النموذج من قبل الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع عن المؤسسة الصحية</p> <p><b>To be signed by the Designated Institution Official</b></p>					

.....: (Name) الاسم

.....: (Designated Institutional Official) الممثل النظامي للشؤون الأكاديمية والتدريب المخول بالتوقيع في المؤسسة الصحية

.....: (Date) التاريخ

.....: (Signature) التوقيع

