|  |
| --- |
| **تعبأ من قبل (طبيب/ طبيبة ) الإمتياز****تاريخ تقديم الطلب: يوم التاريخ: / / 14هـ الموافق: / / 20م** |
| **الاسم** |  | **الرقم الجامعي** |  |
| **رقم الجوال** |  | **رقم السجل المدني** |  |
| **البريد الإلكتروني**  |  | **المستشفى المطلوب التدريب فيه**  |  |
| **فترة الإمتياز** | ابتداء من : / / 20م الى : / / 20م |
| **الـدورات التي تم إنـهـائهـا** |
| **الدورة** | **التاريخ**  | **المكان** |
| **من** | **إلى** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **الدورات التي أرغب قضائها حالياً** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **تعهد وإقــرار:**1**-أن جميع البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وتحت مسئوليتي ولإدارة الكلية الحق في اتخاذ الإجراء اللازم إذا وجد خلاف ذلك .****2- يجب أن أتقدم بطلبي هذا قبل بدء الدورة بثلاثة أشهر .****3- يجب أن تكون المستشفيات والتخصصات المذكورة أعلاه معتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية أو إدارة الكلية .****4- لا يحق لي أن أعتذر عن قضاء الفترة التدريبية في حال وصول رد القبول .****5- لا يحق لي تغيير رغبتي بعد اعتماد هذا النموذج من صاحب الصلاحية ومخاطبة الجهة المعنية** **6- يحب تقديم الطلب يدويا أو عن طريق البريد الالكتروني لمكتب الإمتياز** **MI@.nbu.edu.sa****الاسم :**.............................................................................................................. **التوقيع:** .......................................... **التاريخ: / / 14هـ**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **وحدة الإمتياز** | **سعادة :**...................................................................................................................................**الموقر****نفيدكم بأن طبيبــ/ــة الإمتياز أعلاه هو أحد أطباء الإمتياز بجامعة الحدود الشمالية ويرغب بقضاء فترة التدريب الموضحة تفاصيلها** **بعالية في مستشفاكم العامر , آملين من سعادتكم التكرم بالموافقة .****الاسم :** .................................................**التوقيع :** .................................. **الختم**:.............................. **التاريخ :** ....../....../.......14هـ |
| **إفادة مركز التدريب** | **مع التحية لسعادة رئيس مكتب أطباء الإمتياز الموقر****نفيد سعادتكم بما يلي :**۝ **بالموافقة ۝ عدم الموافقة****الاسم :** ................................................. **التوقيع :** .................................. **الختم :**...........................**التاريخ :** ......./......./......14هـ |