|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**](mailto: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 |