|  |
| --- |
| **DATE OF SUBMISSION OF THE APPLICATION : / /****INTERNSHIP APPLICATION LETTER** |
|  | **ID** |  | **NAME**  |
|  | **PHONE NUMBER** |  | **NATIONAL ID** |
|  | **E-MAIL** |  | **TRAINING CENTER NAME** |
| **Start on** **End on**  | **INTERNSHIP** |
| **The courses I need** |
| **TRAINING CENTER** | **End on** | **Start on** | **courses** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **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** **بعاليه 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** |