|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**](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**  **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** |