



## قائمة استيفاء متطلبات الحصول على شهادة شكر / لقب فخري

جانب المعلومات الأساسية				
الاسم	رقم الهوية/الأقامة			
مسمى الوظيفة	المستوى	الدرجة		
جهة العمل	رقم بطاقة التسجيل المهني	تاريخ الانتهاء		
الدرجة المرشح لها	الحالة	<input type="checkbox"/> إصدار جديد	<input type="checkbox"/> جديد	
فترات المنح السابقة في حال التجديد				
من		إلى		
/ / ١٤		/ / ١٤		

جانب المؤهلات وخدمة الكلية		
١	هل تم التأكد من المؤهلات العلمية للمرشح؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
٢	هل تم التأكد من وجود أبحاث منشورة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
٣	هل سبق للمتقدم المساعدة في الإشراف على طلاب / طالبات الكلية في المستشفيات بإشراف أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالكلية؟ وهل تم إرفاق ما يؤكد ذلك؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
٤	هل سبق للمرشح المشاركة في تدريس طلاب / طالبات الكلية وتقويمهم بإشراف أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالكلية؟ وهل تم إرفاق ما يؤكد ذلك؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
٥	هل سبق للمتقدم المشاركة في تدريب طلاب / طالبات الكلية وتقويمهم بإشراف أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالكلية؟ وهل تم إرفاق ما يؤكد ذلك؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
٦	هل سبق للمتقدم المشاركة في تقويم طلاب / طالبات الكلية وتقويمهم بإشراف أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالكلية؟ وهل تم إرفاق ما يؤكد ذلك؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
شروط الاعتماد		الحصول على نقطتين أو أكثر من النقاط ٢-٦

القرار	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	سبب الرفض
--------	------------------------------	-----------------------------	-----------

اعتماد البيانات	
الإسم	
الوظيفة	وكيل الكلية للدراسات العليا والبحث العلمي
التوقيع	

استمارة طلب لقب فكري جامعي  
APPLICATION FOR AN ACADEMIC TITLE APPOINTMENT

Application Type:  تجديد Renew  جديد New : نوع الطلب:

اسم العائلة	اسم الجد	اسم الأب	الاسم الأول	الاسم الرباعي لمقدم الطلب
Applicant's Name	1st Name	Middle	Family	

Nationality	الجنسية
Date of Birth	تاريخ الميلاد
Place of Birth	مكان الميلاد
Phone (Home)	هاتف المنزل
Facsimile (Home)	فاكس المنزل
Mobile	الهاتف الجوال
Phone (Emergency)	هاتف (طوارئ)
E-mail	البريد الإلكتروني

الوظيفة الحالية  
Position Held

Department	القسم
Position	مسمى الوظيفة
Appoint. Date	تاريخ التعيين
Phone (Work 1)	هاتف العمل (1)
Phone (Work 2)	هاتف العمل (2)
Facsimile (Work)	فاكس العمل
Phone (Emergency)	هاتف (طوارئ)

هل تحمل لقباً جامعياً؟  YES نعم  NO لا

إذا كانت الإجابة "نعم" فبيّن:

Title Acquired	اللقب الجامعي
Acquired From	الجهة المانحة
Acquirement Date	تاريخ الحصول عليه



المؤهلات العلمية  
Qualifications

Degree	MBBS	بكالوريوس الطب والجراحة	الدرجة العلمية
Date of Graduation			تاريخ الحصول عليها
Faculty			الكلية
University			الجامعة
Country			مقرها

**Other Qualifications** (Please give details below) مؤهلات أخرى (أذكر تفصيلاتها أدناه)

Degree			الدرجة العلمية
Major			التخصص العام
Specific			التخصص الدقيق
Date of Graduation			تاريخ الحصول عليها
Department			القسم
Faculty			الكلية
University			الجامعة
Country			مقرها

Degree			الدرجة العلمية
Major			التخصص العام
Specific			التخصص الدقيق
Date of Graduation			تاريخ الحصول عليها
Department			القسم
Faculty			الكلية
University			الجامعة
Country			مقرها

Degree			الدرجة العلمية
Major			التخصص العام
Specific			التخصص الدقيق
Date of Graduation			تاريخ الحصول عليها
Department			القسم
Faculty			الكلية
University			الجامعة
Country			مقرها

Please enclose neat copies of the certificates

يرجى تقديم صور واضحة من الشهادات



الدورات التدريبية (داخل المملكة و خارجها)  
Training Programmes  
(Inside & Outside The Kingdom)

				العنوان
Title				
Place				المكان
Period	from		من	الفترة
	till		إلى	

				العنوان
Title				
Place				المكان
Period	from		من	الفترة
	till		إلى	

				العنوان
Title				
Place				المكان
Period	from		من	الفترة
	till		إلى	

				العنوان
Title				
Place				المكان
Period	from		من	الفترة
	till		إلى	

				العنوان
Title				
Place				المكان
Period	from		من	الفترة
	till		إلى	

				العنوان
Title				
Place				المكان
Period	from		من	الفترة
	till		إلى	



Please enclose neat copies of the certificates

يُرجى تقديم صور واضحة من الشهادات

قائمة المنشورات العلمية  
List of Publication

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal								وعاء النشر					
Pages		from			to			إلى	من				
Year								سنة النشر					
Submit. For Promotion to:				Not Submit.		لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:			

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal								وعاء النشر					
Pages		from			to			إلى	من				
Year								سنة النشر					
Submit. For Promotion to:				Not Submit.		لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:			

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal								وعاء النشر					
Pages		from			to			إلى	من				
Year								سنة النشر					
Submit. For Promotion to:				Not Submit.		لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:			

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal								وعاء النشر					
Pages		from			to			إلى	من				
Year								سنة النشر					
Submit. For Promotion to:				Not Submit.		لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:			

Please enclose copies of published papers

يُرجى تقديم نسخ من الأبحاث المنشورة

Umm Al-Qura University:  
P.O Box 7607 . Makkah . Saudi Arabia  
Telephone { Operator } : +96625270000  
{ Tel Ext } 4101 , 4196 . { Fax Ext } 4110

www.uqu.edu.sa

جامعة أم القرى  
ص.ب ٧٦٠٧ . مكة المكرمة . المملكة العربية السعودية  
هاتف { مقسم } : +96625270000  
{ تحويله هاتف } : ٤١٠١ ، ٤١٩٦ . { تحويله فاكس } : ٤١١٠



تتمة قائمة المنشورات العلمية  
List of Publication (cont)

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal										وعاء النشر			
Pages		from			to			إلى			من		
Year										سنة النشر			
Submit. For Promotion to:				Not Submit.				لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:	

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal										وعاء النشر			
Pages		from			to			إلى			من		
Year										سنة النشر			
Submit. For Promotion to:				Not Submit.				لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:	

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal										وعاء النشر			
Pages		from			to			إلى			من		
Year										سنة النشر			
Submit. For Promotion to:				Not Submit.				لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:	

										المؤلف (ون)			
Author(s)													
										العنوان			
Title													
Journal										وعاء النشر			
Pages		from			to			إلى			من		
Year										سنة النشر			
Submit. For Promotion to:				Not Submit.				لم تُقدّم				قُدّمت للترقية لدرجة:	

Please enclose copies of published papers

يرجى تقديم نسخ من الأبحاث المنشورة

Umm Al-Qura University:  
P.O Box 7607 . Makkah . Saudi Arabia  
Telephone { Operator } : +96625270000  
{ Tel Ext } 4101 , 4196 . { Fax Ext } 4110

www.uqu.edu.sa

جامعة أم القرى  
ص.ب ٧٦٠٧ . مكة المكرمة . المملكة العربية السعودية  
هاتف { مقسم } : +96625270000  
{ تحويله هاتف } : ٤١٠١ ، ٤١٩٦ . { تحويله فاكس } : ٤١١٠



**المُزَكِّونَ References**

يرجى ذكر أسماء و ألقاب ثلاثة ممن يمكنهم تزكيتك بالكتابة عن قدراتك الأكاديمية و/أو المهنية مع بيان عناوينهم و أرقام هواتفهم  
Please give names, titles, addresses and telephone numbers of THREE referees who are prepared to write about your academic and/or professional abilities.

Phone No رقم الهاتف	Address العنوان	Name & Title الاسم و اللقب	
			١
			٢
			٣

**إقرار Declaration**

لقد قمت بقراءة و فهم "القواعد المنظمة لمنح الألقاب الأكاديمية الفخرية" بكلية الطب و العلوم الطبية في جامعة أم القرى و الإجراءات المتبعة لمنحها ، و إنني أوافق على الالتزام بكافة ما تضمنته تلك القواعد و الإجراءات.

I have read and understood the regulations and procedures governing the academic titles appointments of the faculty of Medicine and Medical Sciences, Umm Al-Qura University, I Agree to abide by these regulations and procedures.

	التوقيع Signature	مقدم الطلب Applicant
	الاسم Name	
	التاريخ Date	

**إقرار Declaration**

نوافق على الطلب المقدم من (المرشح/المرشحة) ، و نتعهد باتخاذ التسهيلات اللازمة لقيام (المرشح/المرشحة) بالمهام الأكاديمية و السريرية المنوطة (به/بها).

We approve his/her request and will facilitate his/her involvement in all academic and clinical activities required.

المدير/المشرف على مقر عمل Institution Director (Applicant's Institution)	رئيس القسم بمقر عمل المرشح Head of Department (Applicant's Institution)	التوقيع Signature
		الاسم Name
		التاريخ Date