**Anesthesia Technology(تقنية التخدير)**

**Emergency Medical Services(خدمات طبية طارئة)**

**Laboratory Medicine(طب المختبرات)**

**Clinical Nutrition(التغذية الاكلينيكية)**

**Physiotherapy(العلاج الطبيعي)**

**Respiratory Care(الرعاية التنفسية)**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم المتدرب: .....................................**  **الرقم الجامعي: .....................................**  **اسم المستشفى: ....................................**  **بعد الاجتماع مع مشرف التدريب في المستشفى لاحظنا ما يلي:**  **الغياب (بدون عذر)**  **الاستئذان (تجاوز العدد المتاح)**  **الحضور المتأخر**  **سوء التصرف أو السلوك**  **الحصول على أقل من 60% من التقييم في القسم: .....................................**  **أسباب أخرى: .............................**  **....................................................**  **....................................................** | **Name of intern: ………………………………..**  **UQU I.D: ……………………………………………**  **Hospital name: ………………………………….**  **After meeting with the Training Supervisor at the hospital we noticed the following:**  **Absence (without reason)**  **Exceeding limit of permitted leave**  **Late attendance**  **Bad behavior and attitude**  **Obtained less than 60% of the evaluation in section: ……………….**  **Other reasons: ………………………….**  **……………………………………………………….**  **……………………………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*هل تم إبلاغ منسق تدريب سنة الامتياز بالكلية؟**  **نعم**  **لا** | **Has the Faculty Internship Coordinator been informed:**  **Yes**  **No** |

|  |  |
| --- | --- |
| **بناءً على ما الملاحظات المذكورة أعلاه؛ قررنا ما يلي:**  **تحذير المتدرب شفهياً للالتزام بقواعد وأنظمة التدريب في المستشفى**  **إعادة التدريب في قسم: ..................**  **نقل التدريب إلى مستشفى آخر**  **إنهاء برنامج التدريب**  **أخرى:.......................................** | **Based on above mentioned reason(s), it was decided to:**  **Give a verbal warning to the intern to comply with training rules and regulations in the hospital**  **Repeat training in section: ……….**  **Move the training to another hospital**  **Terminate training program**  **Other:……………………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **اعتماد إدارة التدريب والتعليم بالمستشفى** | **Approval of Hospital Education and Training Center** |
| **الاسم: ..........................................**  **التوقيع: .........................................** | **Name: …………………………………………**  **Signature: ……………………………………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **اعتماد وكيلة الكلية لشؤون المستشفيات** | **Approval of Vice Dean for Hospital Affairs** |
| **الاسم: د/ الاء بنت حاتم حسن قاضي**  **التاريخ: / / 144ه- / / 202م**  **التوقيع: .................................** | **Name: Dr. Alaa Hatim Hassan Qadhi**  **Date: / / 144 H- / / 202 A.D.**  **Signature: ………………………………** |