**[ ]  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: ………………………………** |