**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)**

|  |  |
| --- | --- |
| **بيانات المتدرب** | **Intern Information** |
| **اسم المتدرب: ........................................**  **الرقم الجامعي: ........................................**  **سبب النقل: ........................................................** | **Name of intern: ……………………………………**  **UQU I.D:……………………………………………**  **Reason for transfer: …………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| **بيانات المستشفى الحالية** | **Current Hospital Information** |
| **اسم المستشفى:**  **بداية التدريب: / /144هـ- / /202م**  **نهاية التدريب: / /144هـ- / /202م**  **أتم المتدرب دورته التدريبية في الأقسام التالية:**   1. **قسم:…………مدة................** 2. **قسم:…………مدة................** 3. **قسم:…………مدة................** 4. **قسم:…………مدة................**   **مرفق تقييم إتمام الطالب للتدريب المطلوب منه:**  **نعم لا**  **موافقة مشرف التدريب بالمستشفى على النقل:**  **نعم لا** | **Hospital Name:**  **Training Start Date: / / 144 H- / / 202 A.D.**  **Training End Date: / / 144 H- / / 202 A.D.**  **Rotations completed:**   1. **Department…..…..Duration (weeks):……………..** 2. **Department ……....Duration (weeks):……………..** 3. **Department ……….Duration (weeks):……………..** 4. **Department ……….Duration (weeks):……………..**   **Evaluation reports for completed rotations attached: Yes No**  **Hospital Training Supervisor agrees to transfer:**  **Yes No** |
| **اعتماد مشرف التدريب بالمستشفى للنقل** | **Department Training Supervisor approval** |
| **الاسم: ..................................................**  **التاريخ: / /144هـ- / /202م**  **التوقيع: ...............................................** | **Name: …………………………………………………**  **Date: / / 144 H- / / 202 A.D.**  **Signature: …………………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| **بيانات المستشفى الجديد** | **New hospital Information** |
| **اسم المستشفى: ...............................................**  **تاريخ بداية التدريب المتوقع:**  **/ /144هـ- / /202م**  **سيتم المتدرب دورته التدريبية في الأقسام التالية:**   1. **قسم:…………مدة................** 2. **قسم:…………مدة................** 3. **قسم:…………مدة................** 4. **قسم:…………مدة................**   **موافقة مشرف التدريب بالمستشفى على قبول المتدرب:**  **نعم لا** | **Hospital Name: ………………………………………….**  **Expected Training Start Date:**  **/ / 144 H- / / 202 A.D.**  **Rotations to be completed:**   1. **Department ……….Duration (weeks):………..** 2. **Department ……….Duration (weeks):…………** 3. **Department ……….Duration (weeks):…………** 4. **Department ……….Duration (weeks):…………**   **Hospital Training Supervisor agrees to accept intern:**  **Yes No** |
| **مشرف التدريب بالمستشفى** | **Hospital Training Supervisor** |
| **الاسم: ...........................................................**  **التاريخ: / /144هـ- / /202م**  **التوقيع: ......................................................** | **Name: ………………………………………………………..**  **Date: / / 144 H- / / 202 A.D.**  **Signature: …………………………………………………..** |

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