**[ ] 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 .............................................. :** |