



Intern Hospital Transfer Form (Form #1)

نموذج طلب نقل متدرب (نموذج ١)

- 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)

Intern Information	بيانات المتدرب
Name of intern: UQU I.D: Reason for transfer:	اسم المتدرب: الرقم الجامعي: سبب النقل:
Current Hospital Information	بيانات المستشفى الحالية
Hospital Name: Training Start Date: / / 1442H - / / 2021A.D. Training End Date: / / 1442H - / / 2021A.D. Rotations completed: 1. Dept.Duration(weeks) 2. Dept.Duration(weeks) 3. Dept.Duration(weeks) 4. Dept.Duration(weeks) Evaluation reports for completed rotations attached: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hospital Training Supervisor agrees to transfer: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	اسم المستشفى: بداية التدريب: / / ١٤٤٢هـ - / / ٢٠٢١م نهاية التدريب: / / ١٤٤٢هـ - / / ٢٠٢١م أتم المتدرب دورته التدريبية في الأقسام التالية: ١. قسم:مدة.....(أسبوع) ٢. قسم:مدة.....(أسبوع) ٣. قسم:مدة.....(أسبوع) ٤. قسم:مدة.....(أسبوع) مرفق تقييم إتمام الطالب للتدريب المطلوب منه: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا موافقة مشرف التدريب بالمستشفى على النقل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Department Training Supervisor approval	اعتماد مشرف التدريب بالمستشفى للنقل
Name: Date: / / 1442H - / / 2021A.D. Signature:	الاسم: التاريخ: / / ١٤٤٢هـ - / / ٢٠٢١م التوقيع:
New hospital Information	بيانات المستشفى الجديد
Hospital Name: Expected Training Start Date: / / 1442H - / / 2021A.D. Rotations to be completed: 1. Dept.Duration(weeks) 2. Dept.Duration(weeks) 3. Dept.Duration(weeks) 4. Dept.Duration(weeks) Hospital Training Supervisor agrees to accept intern: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	اسم المستشفى: تاريخ بداية التدريب المتوقع: / / ١٤٤٢هـ - / / ٢٠٢١م سيتم المتدرب دورته التدريبية في الأقسام التالية: ١. قسم:مدة.....(أسبوع) ٢. قسم:مدة.....(أسبوع) ٣. قسم:مدة.....(أسبوع) ٤. قسم:مدة.....(أسبوع) موافقة مشرف التدريب بالمستشفى على قبول المتدرب: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Hospital Training Supervisor	مشرف التدريب بالمستشفى
Name: Date: / / 1442H - / / 2021A.D. Signature:	الاسم: التاريخ: / / ١٤٤٢هـ - / / ٢٠٢١م التوقيع:
Approval from Internship and Training Affairs Committee	اعتماد لجنة الامتياز وشؤون التدريب
Name: Dr. Alaa Hatim Hassan Qadhi Date: / / 1442H - / / 2021A.D. Signature:	الاسم: د/ الاء بنت حاتم حسن قاضي التاريخ: / / ١٤٤٢هـ - / / ٢٠٢١م التوقيع:

◆ أقر وأتعهد أنا الطالب/ة بصحة البيانات المدونة أعلاه وأتحمل كامل المسؤولية المترتبة على ذلك.