|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نموذج تسجيل حادثة لمتدربــ/ـة امتياز**  ***Internship Trainee Incident Report Form*** | | | | | | | | | | | | | |  |
| **يعبئ من قبل منسق التدريب بالمستشفى**  **To be filled by Hospital Training coordinator** | **معلومات المتدربــ/ــة -Trainee Information** | | | | | | | | | | | | | |
| التاريخ | | | Click or tap to enter a date. | | | | | | | | | Date | |
| الاسم | | |  | | | | | | | | | Name | |
| الرقم الجامعي | | |  | | | | | | | | | University ID | |
| البريد الالكتروني الجامعي | | | @st.uqu.edu.sa | | | | | | | | | University Email | |
| رقم الجوال | | |  | | | | | | | | | Mobile Number | |
| التخصص | | | Choose an item. | | | | | | | | | Specialty | |
| **معلومات فترة التدريبTraining Rotation Information -** | | | | | | | | | | | | | |
| جهة التدريب الحالية |  | | | | | | | | | | | Training Site | |
| المدينة |  | | | | | | | | | | | City | |
| فترة التدريب |  | الأولى First | |  | الثانية Second | |  | | الثالثة Third |  | الرابعة Fourth | Training Rotation | |
| **وصف الحادثة**  **Description of Incident** | | | | | | | | | | | | | |
| الغياب المتكرر بدون عذر | | | | | |  | | Absent without reason/s | | | | | |
| الاستئذان عن التدريب أكثر من اللازم | | | | | |  | | Permission more than usual | | | | | |
| كثرة الحضور المتأخر | | | | | |  | | Repeated late attendance | | | | | |
| سلوك وأخلاقيات لا تتماشى مع أنظمة المستشفى ومعايير التدريب | | | | | |  | | Poor behavior and ethics that are not in line with hospital regulations and training standards | | | | | |
| أخرى: | | | | | |  | | Others: | | | | | |
| **منسق التدريب بالمستشفى – Hospital Training Coordinator** | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم |  | | | | | | | | | | | Name | |
| التوقيع |  | | | | | | | | | | | Signature | |
| التاريخ |  | | | | | | | | | | | Date | |
| **للاستخدام الرسمي بالكلية**  **For official use in the College** | **قرار لجنة التدريب وشؤون المستشفيات بالجامعة Decision of the Training and Hospital Affairs Committee -** | | | | | | | | | | | | | |
| رقم المحضر |  | | | | | | | | | | | Minutes # | |
| تاريخ محضر |  | | | | | | | | | | | Minute Date | |
| القرار |  | | | | | | | | | | | Decision | |
| **رئيســـ/ـة لجنة التدريب وشؤون المستشفيات بالجامعة  Head of Training and Hospital Affairs Committee -** | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم |  | | | | | | | | | | | Name | |
| التوقيع |  | | | | | | | | | | | Signature | |
| التاريخ |  | | | | | | | | | | | Date | |
| **اعتماد وكيل الكلية للشؤون الاكاديمية -Approval of Vice Dean for Academic Affairs** | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم |  | | | | | | | | | | | Name | |
| التوقيع |  | | | | | | | | | | | Signature | |
| التاريخ |  | | | | | | | | | | | Date | |