

نموذج تسجيل حادثة لمتدرب (نموذج ٣)

بيانات المتدرب / المتدربة

الاسم	
الرقم الجامعي	
رقم الجوال	
التخصص	<input type="checkbox"/> طب المختبرات <input type="checkbox"/> الخدمات الطبية الطارئة <input type="checkbox"/> التغذية الإكلينيكية <input type="checkbox"/> تقنيّة التخدير <input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> الرعاية التنفسية
جهة التدريب	

ملاحظات مشرف التدريب بالجهة

<input type="checkbox"/> الغياب بدون عذر	<input type="checkbox"/> تجاوز العدد المتاح في الاستئذان	<input type="checkbox"/> التأخر في الحضور
<input type="checkbox"/> سوء التصرف أو السلوك	<input type="checkbox"/> الحصول على تقييم أقل من ٦٠٪	<input type="checkbox"/> أخرى

ملاحظة: بعد إتمام هذا الإجراء، فضلاً إبلاغ منسق الامتياز بالقسم المختص بكلية العلوم الطبية التطبيقية.

ملاحظات منسق الامتياز بالقسم المختص بالكلية

ملاحظات منسق الامتياز	
اسم منسق الامتياز	
التاريخ	/ / ٢٠٢٢ م
التوقيع	

اعتماد لجنة التدريب وشؤون المستشفيات

الاسم	د. عمرو بن جمال شهاب حلواني
التاريخ	/ / ٢٠٢٢ م
التوقيع	