

نموذج طلب نقل (نموذج ١)

بيانات المتدرب / المتدربة

أتمتع بأن كافة البيانات المكتوبة صحيحة وأتحمل كامل المسؤولية.

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"/> تقنيات التخدير <input type="checkbox"/> العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> الرعاية التنفسية
سبب النقل	
التاريخ	م ٢٠٢ / /
التوقيع	

بيانات جهة التدريب الحالية

ملاحظة: يرجى إرفاق تقييم المتدرب لجميع الأقسام.

اسم الجهة	
الموافقة على النقل	<input type="checkbox"/> الموافقة <input type="checkbox"/> عدم الموافقة
اسم مشرف التدريب	
التاريخ	م ٢٠٢ / /
التوقيع	

بيانات جهة التدريب الجديدة

اسم الجهة	
الموافقة على قبول المتدرب	<input type="checkbox"/> الموافقة <input type="checkbox"/> عدم الموافقة
اسم مشرف التدريب	
التاريخ	م ٢٠٢ / /
التوقيع	

اعتماد لجنة التدريب وشؤون المستشفيات

الاسم	د. عمرو بن جمال شهاب حلواني
التاريخ	م ٢٠٢ / /
التوقيع	