**Umm Al-Qura University**

**Faculty of Nursing**

**Nursing Internship Program**

**1439-1440H**

**Training Setting Change Form**

**نموذج طلب تغيير مكان التدريب**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الطالبة:** | **Name:** |
| **الرقم الجامعي**: | **University No.** |
| **اسم المستشفى الحالية**: | **Present Hospital Name:** |
| **اسم القسم الذي تتدرب فيه حاليا:** | **Present area Orientation:** |
| **اسم المستشفى المراد الانتقال إليها:** | **Referral Hospital Name:** |
| **سبب التغيير:** | **Reason of change:** |
| **عدد أيام التغير:** | **Number of days Changed:** |
| **تبدأ من يوم:**  **الموافق / / هـ** | **From Date:** |
| **تنتهي في يوم**  **الموافق / / هـ** | **To Date:** |
| **توقيع الطالبة:**  **التاريخ: / / هـ** | **Intern Signature:**  **Date:** |
| **موافقة وتوقيع ولي الأمر:** | **Guardian’s approval:** |
| **موافقة المستشفى الحالية:** | **Present hospital's approval:** |
| **موافقة المستشفى المراد الانتقال إليها:** | **New hospital's approval:** |
| **Approval of Nursing College موافقة المسئولة عن طالبات الامتياز بالكلية** | **Approval of the Vice Dean for Hospital Affairs**  **موافقة وكيل كلية التمريض لشئون المستشفيات** |

**Note :**

**After approval a copy should be kept in the interns' file and the original should be sent to the nursing office**