



وزارة الصحة
Ministry of Health

إدارة التأهيل الطبي
الإدارة العامة للمستشفيات
لجنة التدريب والتعليم
نموذج طلب ترشيح لدورة تدريبية

بيانات الدورة

اسم الدورة التدريبية:
WORKSHOP TITLE OF THE
مدة الدورة بالأيام
Duration in days
تاريخ الدورة: من / / الى / /
DATE: / / TO / /
وقت الدورة : من الساعة إلى الساعة
TIME: From..... To
نوع الدورة :
TYPE:
مدينة اقامه الدورة :
CITY:
الجهة المنظمة للدورة :
ORGNIZER:
الفئة المستهدفة بالدورة :
TARGET AUDIENCE:

بيانات طالب الدورة

اسم المرشح
NAME:
الجنس : ذكر انثى
GENDR : MALE FEMALE
المسمى الوظيفي للمرشح :
JOB TITLE :
مكان العمل :
WORKPLACE :
الجنسية :
NATIONALITY:
المؤهل العلمي :
EDUCATION LEVEL:
الرقم الوظيفي :
JOB NUMBER:
عدد سنوات الخبرة :
EXPERIENCE:
جوال :
MOBILE PHONE NO:
البريد الالكتروني :@
E'MAIL:
رقم تسجيل الهيئة السعودية للتخصصات الطبية :
SCHS REG. NO:

خاص بإدارة التأهيل بمنطقة / الجهة المنظمة.

بالموافقة عدم الموافقة

للسبب التالي

اسم مدير التأهيل / الجهة المنظمة : التوقيع التاريخ / /