

طلب الترشيح للابتعاث الخارجي

١) معلومات عن مقدم الطلب

الإسم	رقم السجل المدني	المرتبة / الدرجة	مسمى الوظيفة	ملاك الوظيفة	جهة العمل الحالية
.....

أرجو من سعادتكم الموافقة على طلبي للتقدم لـ :

- الإبتعاث الخارجي (برنامج دراسي تزيد مدته عن سنة دراسية وينتهي بمؤهل)
 التدريب (برنامج تدريبي مدته تتراوح من ٦ أشهر إلى سنة دراسية ولا ينتهي بمؤهل)

٢) معلومات عن برنامج الإبتعاث الخارجي

التخصص	الدرجة العلمية	الدولة	الجهة التعليمية
.....

٣) معلومات عن برنامج التدريب:

عنوان البرنامج	مدته	الدولة	الجهة التدريبية	تكلفة التدريب
.....

مقدم الطلب الإسم : التوقيع :

الإسم :	موافقة الإدارة المختصة بـ المنطقة / المحافظة	الإسم :	موافقة المدير المباشر / مدير المستشفى/المركز / القطاع الصحي
التوقيع :		التوقيع :	

موافقة مدير الشئون الأكاديمية والتدريب بالمنطقة / المحافظة (وفقاً لملاك الوظيفة)
الإسم :
التوقيع :

الختم	الإسم :	اعتماد - مدير الشئون الصحية بالمحافظة. - مدير عام الشئون الصحية بالمنطقة. - مدير عام بديوان الوزارة. (وفقاً لملاك الوظيفة)
	التاريخ :	
	التوقيع :	

موافقة ولي الأمر للمرشحات للابتعاث الخارجي

أقر أنا الموقع أدناه:

ولي أمر الموظفة:

بموافقتي على سفرها بصفتي:

الوالد الزوج الاخ

وذلك للدراسة بالخارج، وأنني سوف أكون برفقتها طوال فترة الابتعاث.

اسم المصدق*:	توقيع المرافق:
وظيفة المصدق:	وظيفة المرافق:
التوقيع :	جهة عمل المرافق:

الختم الرسمي لجهة التصديق:

* يتم التصديق من جهة عمل ولي الأمر أو من عمدة الحي.

الإدارة العامة للشئون الأكاديمية والتدريب

مشهد طبيعة عمل للإداريين المرشحين للابتعاث

بيانات المرشح			
اسم العائلة	اسم الجد	اسم الأب	الاسم الاول
المرتبة / المستوى	رقم الملف	رقم السجل المدني	
تاريخ الالتحاق بالعمل الحالي	طبيعة العمل الحالي	مسمى الوظيفة	

جهة العمل الحالية	
ادارة / قسم	ادارة عامة / مدينة طبية / مديرية شئون صحية / مستشفى

مهام العمل الحالية :

- ١.
- ٢.
- ٣.
- ٤.
- ٥.

اسم الرئيس المباشر	وظيفة الرئيس المباشر	رقم الجوال	بريد الكتروني
			@moh.gov.sa

إقرار موافقة أصحاب الصلاحية		
المصادقة على صحة التوقيع	الخدم	اقر انا الموقع أدناه بصحة المعلومات الواردة في هذه الاستمارة
الاسم:		الاسم:
التاريخ:		التاريخ:
التوقيع:		التوقيع: