|  |  |
| --- | --- |
| **طلب تغيير تخصص اختياري/جهة تدريبية لطبيبات الامتياز** | **Elective Rotation/Hospital Change Request** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Academic no: الرقم الجامعي:................................ | Name:…………………. الاسم : | هذا الجزء يعبأ من قبل طبيبة الامتياز  To be fill by the intern |
| رقم الجوال: Mobile number : ……………………..…… | |
| التغيير المطلوب: تغيير المستشفى /Change Hospital تغيير التخصص/ Change Elective Rotation | |
| الشهر/ Month: ( / / ) | التخصص /المستشفى من/ From:.........................  إلى/ To:........................................................ |
| الأسباب (يرجى ذكرها بالتفصيل): Reasons:  ...............................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................  ................................................................................................................................................  Intern’s signature : ……**........**……….…توقيع طبيبة الامتياز : Date:……… ……………التاريخ : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| إدارة التدريب والامتياز في الكلية  Internship Administration in College | القرار النهائي: ( Final Decision ) | موافقAccept/ غير موافق / Not accepted |
| ملاحظات : ................................................................................................................ Comments : | |
| Date: …………… التاريخ: Signature : ……………… توقيع: Name:………………………..: الاسم | |

1. يجوز لطبيبة الامتياز طلب تغيير التخصص أو الجهة التدريبية بعد تقديم أسباب يتم النظر إليها في لجنة الامتياز.
2. يتم رفع طلب التغيير قبل بدء الدورة التدريبية بــشهرين على الأقل.
3. لا يسمح بالعدول عن التغيير بعد صدور الموافقة عليه من قبل لجنة الامتياز.