**نموذج طلب تدريب خارج منطقة القصيم**

سعادة الدكتور/ عميد كلية الصيدلة السلام عليكم ورحمه الله وبركاته، وبعد:

أتقدم لسعادتكم بطلب الموافقة على التدرب في المستشفيات التي لا ترتبط مع كلية الصيدلة في جامعة القصيم باتفاقيات تدريب داخل وخارج منطقة القصيم وفق البيانات المرفقة

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاســــــــــم** |  | | | **الايميل** | |  | | |
| **رقم الجوال** |  | **الرقم الجامعي** |  | | **الهوية الوطنية** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اسم الدورة المطلوبة: **رئيسية اختيارية** | | | |
| تاريخ بداية الدورة | / / 20م | تاريخ نهاية الدورة | / / 20م |
| اسم المستشفى كاملا: | | | |
| القسم: موقع المستشفى (المنطقة): | | | |
| **الادارة المعنية بخطاب التدريب:** ادارة المستشفى إدارة التدريب أخرى: ................................................ | | | |
| **بيانات الادارة المعنية في جهة التدريب:** الايميل: رقم الهاتف: | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| بيانات الصيدلي مشرف التدريب المباشر | الاسم |  | التصنيف أو المسمى الوظيفي |  |
| الايميل |  | | |
| **مبررات طلب التدريب في الموقع المذكور:** | | | | |

|  |
| --- |
| **يرجى الاطلاع على التعليمات أدناه بعناية**   1. يعتبر التوقيع إقرار بالاطلاع على هذه التعليمات وبأن جميع البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة 2. يقوم الطالب أولابأخذ الموافقة المبدئية من المستشفى ومن ثم تعبئة هذا الطلب وتقديمه للكليةوعند موافقة الكلية يتم اصدار خطاب للجهة المعنية بالتدريبويستثنى من ذلك المستشفيات المحددة أدناه 3. **لا يستخدم هذا النموذج لمستشفيات منطقة القصيم-مستشفى الملك فيصل- مستشفى الحرس الوطني بالرياض- مدينة الأمير سلطان الطبية بالرياض (المستشفى العسكري) حيث يجب مخاطبة الكلية عند الرغبة بالتدرب في أحد هذه المستشفيات ولايمكن مخاطبتها من قبل الطلاب** 4. مسؤولية الطالب\الطالبة متابعة خطابات التدريب بعد ارسالهاللمستشفى واحضار الموافقة قبل بدء الدورة بشهرعلى الأقل 5. يعتبر الطالب\الطالبة مسؤولا عن احضار التقييم من المشرف المباشر بعد نهاية الدورة التدريبية 6. في حال عدم توفر بيانات مشرف التدريب المباشر عند تقديم هذا الطلب يتعهد الطالب\ الطالبة بإحضارها قبل بداية الدورة بأسبوع على الأقل وإلا تعتبر الموافقة لاغية ويتحمل الطالب\الطالبة مسؤولية التأخير 7. يجب تقديم هذا الطلب قبل بدء الدورة بشهرين على الأقل. 8. يجب أن يتم التقييم بالمستشفى المطلوب التدرب به حسب قواعد التقييم بالكلية (تقرير يحوي ثلاث حالات مرضية وعرض مرئي لحالة مرضية رابعة) أو وفق ما يتم الموافقة عليه ويرسل لمشرف الامتياز عند نهاية الدورة التدريبية. 9. لا يعتبر تقديم هذا النموذج موافقة نهائية من الكلية ويجب الحصول على الموافقة النهائية من لجنة التدريب قبل بداية الدورة التدريبية كما لايحق للطالب او الطالبة مباشرة التدريب قبل الحصول على الموافقة   **اسم الطالب\الطالبة:**  **التوقيع:** التاريخ: / / 20 |
| **منسق لجنة التدريب** موافقة عدم موافقة وذلك للأسباب التالية:  الاسم: التوقيع: التاريخ: / / 20 |

**عميد الكلية**

**د. عبدالمجيد القسومي**