**طلب تأجيل دورة تدريبية لطبيبات الامتياز Drop/Postpone Rotation Request**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Academic no: الرقم الجامعي:................................ | Name:…………………. الاسم : | هذا الجزء يعبأ من قبل طبيبة الامتياز  To be fill by the intern |
| رقم الجوال: Mobile number : ……………………..…… | |
| الشهر : ………………………………………. Month: | الدورة التدريبية المطلوب تأجيلها Rotation title: : …………….. |
| المستشفى: تم تأكيد القبول Approved/ لم يتم التأكيد Not Approved/  اسم المستشفى/ Hospital: | |
| الأسباب (يرجى ذكرها بالتفصيل): Reasons:  ...............................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................  Intern’s signature : ……**........**……….…توقيع طبيبة الامتياز : Date:……… ……………التاريخ :  \* Please provide documents to support your request نرجو ارفاق أي مستندات لدعم الطلب المقدم | |

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

1. يجوز لطبيبة الامتياز تأجيل شهر أو أكثر من التدريب لأسباب بعد موافقة إدارة التدريب والامتياز على أن تقضي هذه الفترة لاحقاً بعدما تنهي جميع الدورات الأخرى.
2. يتم رفع طلب التأجيل قبل بدء الدورة التدريبية بــ 45 يوم على الأقل.