



## Elective Rotation/Hospital Change Request

## طلب تغيير تخصص اختياري/جهة تدريبية لطبيبات الامتياز

Academic no: .....:الرقم الجامعي:	Name:.....:الاسم :	هذا الجزء يجب من قبل طبيبة الامتياز To be fill by the intern
Mobile number : .....:رقم الجوال:		
Change Elective Rotation / تغيير التخصص <input type="checkbox"/> Change Hospital/ تغيير المستشفى <input type="checkbox"/>		
Month / الشهر: ( / / )	From / من / المستشفى:..... To / إلى:.....	
Reasons: الأسباب (يرجى ذكرها بالتفصيل): ..... ..... .....		
Intern's signature : .....:توقيع طبيبة الامتياز:	Date:.....:التاريخ	

Not / غير موافق	Accept / موافق accepted	<input type="checkbox"/> ( Final Decision )	القرار النهائي:	إدارة التدريب والامتنياز في الكلية Internship Administration in College
.....			ملاحظات : Comments :	
Date: .....:التاريخ			توقيع:..... الاسم:.....	

- ١- يجوز لطبيبة الامتياز طلب تغيير التخصص أو الجهة التدريبية بعد تقديم أسباب يتم النظر إليها في لجنة الامتياز.
- ٢- يتم رفع طلب التغيير قبل بدء الدورة التدريبية بشهرين على الأقل.
- ٣- لا يسمح بالعدول عن التغيير بعد صدور الموافقة عليه من قبل لجنة الامتياز.