



Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of Education
University of Ha'il
College of Public Health and Health Informatics

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة حائل
كلية الصحة العامة والمعلوماتية الصحية



جامعة حائل
University of Ha'il

نموذج طلب تدريب الامتياز
Internship Application Form

أولاً: الكلية

صورة شخصية
6 X 4
(طلاب فقط)

Major: التخصص	الكلية: College
تاريخ بداية التدريب Starting Date	القسم: Section
/ / هـ / م	☐ منتظم / منتظمة ☐ تجسير: ☐ موظف ☐ غير موظف

ثانياً: المعلومات الشخصية

الاسم: مطابق للهوية الوطنية	الأول	الأب	الجد	العائلة
--------------------------------	-------	------	------	---------

Name:	First Name	Father Name	Grandfather Name	Family Name
مطابق لجواز السفر				

رقم السجل المدني: National ID

الرقم الجامعي: University ID

رقم الجوال: Mobile Number

البريد الإلكتروني: Email

ثالثاً: المعلومات عن التدريب

مكان التدريب: Training Location	☐ داخل منطقة حائل	☐ خارج منطقة حائل (حدد المكان بالجدول أدناه)
---------------------------------	--	---

م	اسم منشأة التدريب	المدينة	مدة التدريب
1			
2			
3			
4			

رابعاً: إقرار الطالب/الطالبة

أقر أنا الطالب/الطالبة: بأنني
قرأت ووافقت على شروط التدريب، وأتعهد بتطبيق كافة الأنظمة والإرشادات واللوائح التنظيمية، كما أقر بأنني قد
استلمت النماذج الخاصة بالكشف الطبي والتطعيمات اللازمة للتدريب داخل الأقسام الطبية في المستشفى.
توقيع الطالب/الطالبة:
التوقيع: