

## نموذج طلب التدريب / Training Request Form

الجهة: KFCC  مركز الملك فهد لطب وجراحة القلب UDC  مركز السكري الجامعي UDH  مستشفى طب الأسنان الجامعي KAUH  مستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي KKHU  مستشفى الملك خالد الجامعي

## معلومات الموظف / Employee Information

الإسم: ..... Name: .....  
التاريخ: .....  
Date: .....  
الإدارة: ..... Department: .....  
المسمى الوظيفي: ..... Job Title: .....  
رقم الجوال: ..... Mobile Number: .....  
القسم: ..... Section: .....  
رقم الموظف: ..... ID Number: .....  
البريد الإلكتروني: ..... E-Mail: .....  
تاريخ التعيين: ..... Hiring Date: .....  
الموئل التعليمي: ..... Educational Qualification: .....

## معلومات البرنامج التدريبي / Training Program Information

عنوان البرنامج: ..... Program Title: .....  
الجهة المنظمة: ..... Program Provider: .....  
فترة البرنامج من: ..... حتى: .....  
Program Period: From: ..... To: .....  
هل يتطلب التدريب دفع أي مبالغ مالية؟  
Yes  No  لا  نعم

## If the answer is "Yes" Please, clarify the training program cost details

إذا كانت الإجابة "نعم" فامل توضيح تفاصيل تكلفة التدريب

رسوم البرنامج: ..... Program Fees: .....  
الموقع: ..... In-House  Inside The Kingdom  Outside The Kingdom  خارج المملكة  داخل المملكة  داخلي   
Location: .....  
الدولة: ..... City: ..... المدينة: .....  
Country: .....  
عدد الأيام: ..... ( ) .....  
Travel Duration: From: ..... To: ..... إلى: .....  
Number of Days: ..... فترة السفر من: .....

## Note: Please attach a copy of the training program with this form

املأ إرفاق صورة عن البرنامج التدريبي مع هذا النموذج

How will this Training Improve KSUMC ? .....  
"املأ ذكر أثر هذا التدريب على المدينة الطبية"

هل البرنامج مرتبط بدور الموظف في الوظيفة الوظيفية والوصف الوظيفي؟  
هل البرنامج علاقة بطبيعة مهام الموظف بالدورة التدريبية والوصف الوظيفي؟

Yes  No  نعم  لا   
( If "No", why do you recommend it\ ) .....  
( إذا كانت الإجابة "لا" أذكر سبب الترشح / ) .....

## If "Yes" please, attach the training program Title and Outline

إذا كانت الإجابة "نعم" فامل إرفاق موضوع وملخص البرنامج التدريبي

## الموافقات / Approvals

مقدم الطلب / Requested By: .....  
Name / الاسم ..... Signature / التوقيع ..... Date / التاريخ .....  
موافقة ( المدير المباشر ) / Approved by ( Direct Manager )  
Name / الاسم ..... Signature / التوقيع ..... Date / التاريخ .....  
موافقة ( مدير الإدارة ) / Approved by ( Department Director )  
Name / الاسم ..... Signature / التوقيع ..... Date / التاريخ .....

## Kindly fill all the required data in the form clearly

Training and Development will not accept any incomplete forms

املأ استيفاء كل البيانات المطلوبة في النموذج بوضوح، وتعتبر أزد أي نموذج غير مكتمل البيانات

## التدريب والتطوير / Training and Development

Approved  موافق .....  
Disapproved  غير موافق .....  
Noted By: .....  
Head of Training and Development  
رئيس قسم التدريب والتطوير  
Name / الاسم ..... Signature / التوقيع ..... Date / التاريخ .....

## لجنة التدريب والابتعاث / Training and Scholarship Committee

Approved  موافق .....  
Disapproved  غير موافق .....  
Noted By: .....  
Head of Training and Development  
رئيس لجنة التدريب والابتعاث  
Name / الاسم ..... Signature / التوقيع ..... Date / التاريخ .....

## الإدارة العامة للشؤون المالية / Corporate Financial Services

Training Fees رسوم التدريب	Ticket Cost قيمة التكلفة	Others (SPECIFY) أخرى (حدد)	Per Diem أجر اليوم	Actual Cost (YTD) التكلفة الفعلية (منذ بداية العام)

Training Budget Available  متوفرة  
ميزانية التدريب Not available  غير متوفرة

بإطلاع:  
الإدارة العامة للشؤون المالية

Noted By: .....  
Corporate Financial Services  
Department  
Name / الاسم ..... Signature / التوقيع ..... Date / التاريخ .....

## الموافقة النهائية / Final Approval

Approved  موافق .....  
Disapproved  غير موافق .....  
CAO/ CMO/ COO  
المدير التنفيذي للشؤون الصحية بالمدينة الطبية الجامعية/ وكيل الكلية للشؤون الأكاديمية  
Date / التاريخ .....  
Approved  موافق .....  
Disapproved  غير موافق .....  
CEO  
المدير العام التنفيذي للمدينة الطبية الجامعية  
Date / التاريخ .....