

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Ministry of Higher Education

KING ABDULAZIZ UNIVERSITY

Faculty of Medicine



المملكة العربية السعودية  
وزارة التعليم العالي  
جامعة الملك عبد العزيز

كلية الطب

Ref : .....

Date : / /

Encl : .....



( بيت الخبرة الطبي )

الرقم : .....

التاريخ : / / ١٤٣٠هـ

الرفقات : .....

### نموذج إقامة نشاط علمي

نوع النشاط العلمي :  مؤتمر  ورشة عمل  دورة تدريبية  أخرى / تذكر \_\_\_\_\_  
اسم النشاط : \_\_\_\_\_  
الجهة المنظمة : \_\_\_\_\_  
اسم رئيس النشاط : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_  
وسيلة الاتصال : رقم الجوال : \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني : \_\_\_\_\_  
مكان تنظيم النشاط : \_\_\_\_\_ يكتب رقم الغرفة إن أمكن ( \_\_\_\_\_ )  
تاريخ إقامة النشاط : اليوم ( \_\_\_\_\_ ) / / ١٤٣٠هـ الموافق / / ٢٠١١م الساعة : \_\_\_\_\_  
مدة النشاط :  يوم  يومين  ثلاثة أيام  أكثر من ذلك / تذكر \_\_\_\_\_  
عدد المشاركين : \_\_\_\_\_ رسم الاشتراك للشخص الواحد : \_\_\_\_\_  
يلتزم رئيس النشاط العلمي باستكمال إجراءات احتساب ساعات التعليم المستمر للمشاركين ، التوقيع : \_\_\_\_\_

### للإستخدام الرسمي فقط

رأي مجلس إدارة بيت الخبرة الطبي :

الموافقة

عدم الموافقة

ملاحظات : \_\_\_\_\_

للعرض على لجنة بيت الخبرة

عميد كلية الطب  
رئيس مجلس إدارة بيت الخبرة الطبي

أ.د/ محمود بن شاهين الأحول

### ملاحظات :

- يرفق صورة من البرنامج المبدئي للنشاط العلمي مع تفاصيل الميزانية المتوقعة.
- يرسل النموذج إلى عميد كلية الطب رئيس مجلس إدارة بيت الخبرة الطبي قبل شهر على الأقل من تاريخ إقامة النشاط.
- تودع جميع رسوم النشاط في حساب كلية الطب ببنك سامبا رقم (SA464000000002680155165) مع إحضار صورة من قسيمة الإيداع.
- ترسل صورة من النموذج بعد تعيينه لسعادة وكيل كلية الطب للدراسات العليا والبحث العلمي مع خطاب طلب احتساب ساعات التعليم المستمر.
- في حالة الاستفسار يمكن الاتصال على أ. عمر الشمراني، توصيلة رقم (٢٢٤٦٠) جوال رقم (٠٥٠٥٦٧١٤١٣).
- كلية الطب غير مسئولة عن أية نشاطات علمية ينظمها أحد منسوبيها وتقام خارج الجامعة ما لم يتم التصريح بها مسبقاً.