



**دليل البرنامج التدريبي**  
**لطبیب امتیاز الفم والأسنان**

## فريق إعداد الدليل

الاسم	التخصص	الصفة
أ.م.د. أبو مدين عقربي	تقويم الأسنان وطب أسنان الأطفال	عميد كلية طب الفم والأسنان
أ.م.د. بليغ القدسي	طب الفم وجراحة اللثة	عضو هيئة التدريس بكلية طب الفم والأسنان
د. محمد الجنيد	علم اللثة	عضو هيئة التدريس بكلية طب الفم والأسنان

## فريق مراجعة الدليل

الاسم	التخصص	الصفة
أ.م.د. عادل الأديمي	معالجة جذور الأسنان	عضو هيئة التدريس بكلية طب الفم والأسنان
أ.م.د. وحيد السويدي	طب بشري - مناعة طبية	عميد كلية العلوم الطبية والصحية
د. شهدي الاغبري	تركيبات ثابتة وتجميل الأسنان	عضو هيئة التدريس بكلية طب الفم والأسنان
د. نشوان الرباصي	جراحة الفم والوجه والفكين	عضو هيئة التدريس بكلية طب الفم والأسنان
د. عبدالغني المسلمي	إدارة وتخطيط - ضمان الجودة	عميد مركز التطوير وضمان الجودة



## فهرس محتويات الدليل

٢	فريق إعداد ومراجعة الدليل.....
٤	المقدمة:.....
٤	رؤية الكلية ورسالتها وأهدافها:.....
٤	مخرجات البرنامج التدريبي : .....
٥	مدة البرنامج التدريبي وضوابطه:.....
٦	مكونات البرنامج التدريبي:.....
٧	مكان التدريب:.....
٧	إدارة البرنامج التدريبي وآلية الإشراف والتقييم:.....
٩	ملحق نماذج تدريب طبيب امتياز الفم والأسنان:.....

## ١- المقدمة:

هذا البرنامج التدريبي لـ (سنة الامتياز) مصمم لغرض تنمية الكفاءة المهنية اللازمة وضمان جودة خريجي برنامج طب الفم والأسنان في الجامعة، ويُعد مكملاً لدراسة الطالب/ة وشرطاً أساسياً للتخرج والحصول على شهادة البكالوريوس، وقد تمت مراعاة توافقه مع معايير ضمان الجودة والاعتماد الأكاديمي ومتطلبات الترخيص اللازمة لمزاولة مهنة طب الفم والأسنان.

## ٢- رؤية الكلية ورسالتها وأهدافها:

- رؤية الكلية: قيادة كلية طب الفم والأسنان في التعليم والبحث العلمي وخدمة المجتمع محلياً وإقليمياً.

- رسالة الكلية: تقديم برنامج أكاديمي حديث في طب الفم والأسنان وفق معايير ضمان الجودة والاعتماد الأكاديمي، ومتطلبات العصر وتقنياته، لإعداد طبيب أسنان ذو كفاءة علمية متميزة وقيم إنسانية وأخلاقيات مهنية عالية، وقادر على العمل والمنافسة في سوق العمل المحلي والإقليمي والدولي؛ والتعلم الذاتي المستمر، من خلال توفير بيئة علمية وتربوية وتكنولوجية تحفز على البحث العلمي والإبداع والابتكار، والشراكة الفاعلة في تقديم الخدمات المجتمعية التي تلبي احتياجات المجتمع وتسهم في تحقيق تنميته المستدامة.

## - أهداف الكلية:

- إعداد أطباء أسنان ذوي كفاءة علمية متميزة، وقيم إنسانية وأخلاقيات مهنية عالية تؤهلهم للممارسة العلمية والعملية الآمنة والفاعلة في المجتمع.
- تأهيل أطباء الأسنان للالتحاق بالدراسات العليا والارتقاء بالأداء والتطور المهني والتعلم الذاتي المستمر.
- إكساب الطلبة مهارات البحث العلمي؛ والابداع والابتكار، لتحديد الاحتياجات الصحية للمجتمع وحل مشكلاته.
- تنمية المهارات الحياتية المتنوعة لدى طلبة البرنامج بما يسهم في تحقيق تنمية المجتمع المستدامة.

## ٣- مخرجات البرنامج التدريبي:

في نهاية البرنامج التدريبي سيكون طبيب امتياز الفم والأسنان قادراً على أن:

- ينتقل من مرحلة الدراسة العلمية إلى المرحلة المهنية والعملية.
- يطبق المعارف والمهارات النظرية والعملية التي اكتسبها خلال فترة دراسته نظرياً وعملياً وتنميتها.
- يؤدي عمله بمهنية واستقلالية ويتعامل مع المشكلات الطبية ويتخذ القرارات بكفاءة ومهنية عالية.
- يتعلم ذاتياً باستمرار ويطبق مهارات القيادة والإدارة والبحث العلمي والاتصال والتواصل مع الآخرين والعمل ضمن الفريق.
- يطبق قيم المهنة الطبية والالتزام بأخلاقياتها في العمل والتعامل مع المرضى وذويهم.

#### ٤- مدة البرنامج التدريبي وضوابطه:

- المدة الزمنية لبرنامج تدريب طبيب الامتياز (١٢) شهراً، ويحدد القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان بالتنسيق مع عمادة الكلية التقويم الأكاديمي السنوي للبرنامج وإعلانه في بداية العام الجامعي، ويتضمن كل المواعيد الزمنية والإجراءات المرتبطة بكل منها، ابتداءً من تقديم طلب الالتحاق بالبرنامج، وانتهاءً بتقارير التقويم شهادة استكمال متطلباته.
- يلتحق طبيب الامتياز في البرنامج التدريبي بعد استكمال متطلبات دراسته في كلية طب الفم والأسنان (٥ سنوات دراسية) بنجاح.
- يلتزم طبيب الامتياز بالحضور والانصراف حسب المواعيد المحددة في التقويم الأكاديمي السنوي لبرنامج الامتياز، وحسب نظام العمل ومواعيده في المستشفى/ المركز المحدد للتدريب.
- يسمح لطبيب الامتياز في التأخر عن البرنامج التدريبي (مدة شهر إلى ستة أشهر) فقط، في حالة الضرورة القصوى، وبعذر مقبول، وبعد موافقة القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية.
- إذا انقطع طبيب الامتياز عن البرنامج التدريبي مدة (شهر إلى ثلاثة أشهر) بعذر مقبول عليه الالتزام بإعادة تلك الفترة في نهاية سنة التدريب.
- إذا انقطع طبيب الامتياز مدة (أربعة شهور - إلى ستة شهور)، يتم انذاره كتابياً من القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية، وعليه إعادة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز كاملاً.
- في حالة إيقاف جهة التدريب لطبيب الامتياز أثناء البرنامج التدريبي، يقوم القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية باستقصاء الأسباب، والسماح له بالتدريب في جهة أخرى، ولا تحتسب مدة الايقاف ضمن فترة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز.

- لا يحق لطبيب الامتياز تغيير جهة التدريب إلا بعد موافقة القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية.
- التزام طبيب الامتياز بقيم المهنة واخلاقياتها وباللوائح والأنظمة والضوابط والتعليمات والتوجيهات اثناء فترة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز.
- يحق لعميد كلية طب الفم والأسنان بناءً على توصية القسم العلمي بالكلية إلغاء البرنامج التدريبي لطبيب الامتياز في حالة انقطاعه عن البرنامج التدريبي دون سبب مقنع أو عذر مقبول.
- يحصل طبيب الامتياز على اجازة ٣٠ يوماً فقط خلال مدة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز تشمل: ١٥ يوم اجازة رسمية، ٣ أيام اجازة مرضية، ٥ أيام اجازة طارئة واطرارية، ٧ أيام اجازة تعليمية، وبحثية ويحق لطبيبة امتياز الفم والأسنان (الحامل) أن تحصل على اجازة (وضع) حسب اللوائح المنظمة لذلك، وعليها إعادة تلك الفترة في نهاية البرنامج التدريبي.
- يجب على طبيب الامتياز المشاركة البحثية الفاعلة في الحلقات النقاشية وحضور المؤتمرات والندوات ذات الصلة بمجال اختصاصه من خلال البحوث والدارسات العلمية، بواقع (٧) أيام خلال مدة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز، وبعد موافقة القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية، مع تسليم نسخة من شهادة حضوره ومشاركته للقسم العلمي والكلية.
- على طبيب الامتياز الحضور والمساهمة في أنشطة خدمة المجتمع المصاحبة للبرنامج التدريبي.
- في حالة مخالفة طبيب الامتياز لأنظمة ولوائح الجامعة وجهة التدريب تطبق عليه اللائحة المنظمة لشئون الطلبة في الجامعة.
- تسديد الرسوم الدراسية ورسوم البرنامج التدريبي المحددة لسنة الامتياز والمعتمدة من الجامعة.

#### ٦- مكونات البرنامج التدريبي:

\* يتكون البرنامج التدريبي لطبيب الامتياز من التخصصات التالية:

م	التخصص	فترة التدريب
١	التركيبات الثابتة	٤٥ يوماً
٢	التركيبات المتحركة	٤٥ يوماً
٣	العلاج التحفظي	٤٥ يوماً
٤	أشعة وتشخيص الفم والأسنان	٤٥ يوماً

٥	طب الفم وأمراض اللثة	٤٥ يوماً
٦	تقويم الأسنان وطب أسنان الأطفال	٤٥ يوماً
٧	جراحة الفم والوجه والفكين	٤٥ يوماً
٨	معالجة الأسنان	٤٥ يوماً

- يتدرب طبيب الامتياز في التخصصات المذكورة سابقاً في الجدول اعلاه، في مدة لا تقل عن (٤٥) يوماً لكل تخصص.
- يحدد القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية عدد الحالات المطلوب إنجازها من طبيب الامتياز شهرياً، وخلال مدة تدريبه في كل تخصص، ويتم التوقيع عليها من القسم العلمي بعد إنجازها.
- يتم تنفيذ ذلك مكونات البرنامج التدريبي من خلال التدريب السريري والابحاث والدراسات العلمية وحلقات النقاش، وعروض الحالات المهمة والمشاركة التطوعية لخدمة المجتمع في مجالات اختصاصه.

#### ٧- مكان التدريب:

- عيادات كلية طب الفم والأسنان في الجامعة والمحددة من قبل القسم العلمي وعمادة الكلية.
- المستشفيات والمراكز الطبية الحكومية والخاصة خارج الجامعة والمعتمدة وفق المعايير الأكاديمية المحددة من القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية والجامعة.
- لا يتم اعتماد أي جهة (مستشفى، مركز) للتدريب إلا إذا تناسب عدد المتدربين مع عدد كراسي الأسنان المخصصة للتدريب لضمان جودة التدريب ومخرجاته.

#### ٨- إدارة البرنامج التدريبي وآلية الإشراف والتقييم:

- يقوم القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية في الجامعة بالإعداد والترتيب لبدء تطبيق برنامج الامتياز لخريجي الكلية.
- يحدد القسم والعلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية أعضاء هيئة التدريس المشرفين على برنامج لطبيب الامتياز سواءً في عيادات الكلية أو خارجها، وتكليفهم للقيام بهذه المهمة.
- يقوم رئيس الجامعة أو من يُكلفه بالتنسيق مع إدارة المستشفيات والمراكز الطبية والحكومية الخاصة لتنفيذ برنامج تدريب طبيب الامتياز والاتفاق على الآليات المناسبة لذلك.

- يحدد القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية منسقاً لبرنامج طبيب الامتياز من بين أعضاء هيئة التدريس في القسم والكلية، ويتولى مهمة التنسيق للبرنامج مع الأطراف والجهات ذات الصلة ويقوم بتقديم التقارير الدورية عن سير البرنامج الى القسم العلمي.
- يجب على المشرف العلمي متابعة حضور طبيب الامتياز، وانصرافه، وملاحظة أدائه، وتوجيهه، وارشاده، واسداء المشورة له، خلال البرنامج التدريبي.
- يتم تقييم طبيب الامتياز طبقاً لنموذج التقييم المعتمدة (الشهرية، النهائية) من القسم العلمي بكلية طب الفم والأسنان وعمادة الكلية.
- يجب على المشرف العلمي مناقشة التقييم الشهري والنهائي مع طبيب الامتياز اثناء المدة التدريبية لكل تخصص، وفي نهايتها، بشكل علمي وإيجابي وإطلاع على جوانب القوة والضعف في أدائه مع اقتراح الحلول التي تساعد على تحسين أدائه مستقبلاً.
- يكون لكل طبيب امتياز ملف خاص في القسم العلمي بالكلية، يشمل: بياناته وطلب التحاقه ببرنامج الامتياز، وكشف حضوره وغيابه، وانشطته، وارشفة حالاته وتقارير أدائه وانجازاته، وتقييمه، ونسخة من شهادة استكمال متطلبات البرنامج.
- متابعة كلية طب الفم والأسنان للمتدربين في برنامج الامتياز بشكل دوري من خلال القسم العلمي.
- يتم منح شهادة انتهاء التدريب (شهادة الامتياز) بعد استكمال متطلبات البرنامج وانتهاء المدة الزمنية المحددة، وحصول طبيب الامتياز على معدل (٧٠%) كحد أدنى في تقييم أدائه، وفي حالة عدم حصوله على الحد الأدنى المطلوب، يلتزم بإعادة الجزء او التخصص الذي لم يحصل فيه على التقييم المطلوب، لاستكمال انتهاء البرنامج.

### ملحق نماذج تدريب طبيب امتياز الفم والأسنان

- نموذج (١) طلب التحاق المتدرب ببرنامج الامتياز .
- نموذج (٢) ارسالية المتدرب في برنامج الامتياز إلى جهة التدريب.
- نموذج (٣) تكليف بالإشراف العلمي على تدريب طبيب الامتياز .
- نموذج (٤) حضور/غياب المتدرب في برنامج الامتياز .
- نموذج (٥) طلب إجازة للمتدرب في برنامج الامتياز .
- نموذج (٦) التقييم السريري الشهري للمتدرب في برنامج الامتياز .
- نموذج (٧) التقييم النهائي للمتدرب في برنامج الامتياز .
- نموذج (٨) افادة جهة التدريب باستكمال المتدرب برنامج الامتياز .
- نموذج (٩) شهادة استكمال متطلبات التدريب في برنامج الامتياز .
- نموذج (١٠) تقييم المتدرب لبرنامج الامتياز .
- نموذج (١١) طلب تأجيل المتدرب مدة برنامج الامتياز .

## نموذج (١) طلب الالتحاق ببرنامج الامتياز



جامعة السعيد

كلية طب الفم والأسنان

بيانات المتدرب	اسم المتدرب	عام التخرج	
	العنوان	رقم الجوال	
	الرقم الجامعي	فترة التدريب	
	تاريخ تقديم الطلب		
بيانات جهة التدريب	جهة التدريب ومكانها:		
	اسم المستشفى/المركز	نوع المستشفى/المركز	حكومي: خاص: جامعي:
	عنوان المستشفى/المركز		

تعليمات التدريب	<p>اتعهد لنا المتدرب (طبيب امتياز الأسنان) بصحة بياناتي أعلاه والالتزام بالتعليمات التالية خلال فترة التدريب:</p> <p>١- الالتزام بالآداب والاخلاقيات المهنية وأنظمة الجامعة والمستشفى/المركز اثناء فترة التدريب.</p> <p>٢- المظهر الشخصي والسلوكي اللائق وتمثيل الجامعة بالشكل المشرف اثناء فترة التدريب.</p> <p>٣- حضور فترة التدريب كاملة في موعدها المحددة وعدم الغياب الا للظروف الطارئة وبعد الموافقة على طلب الاجازة.</p> <p>٤- عدم تغيير مكان التدريب وفترة التدريب او بموافقة الكلية/ الجامعة.</p> <p>٥- أداء واجباتي ومهامي بمهنية واثقان، واحترام المشرف على تدريبي والالتزام بملاحظاته وتوجيهاته.</p> <p>٦- المشاركة في الأنشطة العلمية المصاحبة للتدريب (خدمة المجتمع، البحوث العلمية، الندوات والمؤتمرات العلمية).</p> <p>توقيع المتدرب:</p>
	<p>الأخ الأستاذ الدكتور/عميد شؤون الطلبة</p> <p>المحترم</p> <p>تحية طيبة وبعد،</p> <p>نود إفادتكم بأن الطالب/ة: ..... استكمل المقررات للدراسية للبرنامج الأكاديمي بنجاح.</p> <p>ونرجو مخاطبة مستشفى/مركز ..... لاستكمال التدريب في برنامج الامتياز خلال الفترة:</p> <p>وتفضلوا بقبول وافر الشكر والتقدير،</p> <p>عمادة الكلية</p>
موافقة الكلية	

أنموذج (٢) ارسالية المتدرب في برنامج الامتياز الى جهة التدريب



جامعة السعيد

مكتب رئيس الجامعة

الأخ/ مدير مستشفى/ مركز.....المحترم

تحية طيبة وبعد،

الموضوع: تدريب الامتياز للطالب/ة.....

إشارة إلى الموضوع أعلاه وحسب الاتفاقية معكم بخصوص تدريب أطباء امتياز الأسنان، لاستكمال متطلبات التخرج.

نرجو تدريب الطالب/ة في برنامج تدريب الامتياز خلال الفترة..... وفق نماذج التقييم المعتمدة في الكلية.

**وتفضلوا بقبول وافر الشكر والتقدير،**

رئيس الجامعة

### أنموذج (٣) تكليف بالإشراف العلمي على تدريب طبيب الامتياز



جامعة السعيد

كلية طب الفم والأسنان

#### قرار تكليف بالإشراف على طبيب امتياز الفم والأسنان

بناءً على ترشيح القسم العلمي في الكلية، وعلى قرار مجلس الكلية في اجتماعه رقم ( ) بتاريخ/..... ولما تقتضيه مصلحة العمل:

- يكلف الأخ الدكتور/..... بالإشراف على طبيب امتياز الفم والأسنان/..... في مستشفى/ مركز..... خلال الفترة من: ..... إلى.....  
وحسب دليل تدريب امتياز طبيب الفم والأسنان ونماذج التقييم الشهرية والنهائية المرفقة.

#### عميد الكلية

الاسم:

التوقيع:

التاريخ:



### أ نموذج (٤) حضور وغياب المتدرب في برنامج الامتياز



جامعة السعيد

كلية طب الفم والأسنان

الرقم الجامعي:

اسم المتدرب:

فترة التدريب:

التخصص العلمي:

جهة ومكان التدريب:

م	اليوم والتاريخ	توقيع الحضور	توقيع الانصراف	ملاحظات
١				
٢				
٣				
٤				
٥				
٦				
٧				
٨				
٩				
١٠				
١١				
١٢				
١٣				
١٤				
١٥				
١٦				
١٧				
١٨				
١٨				
٢٠				

المشرف العلمي

إدارة المستشفى//المركز



## أنموذج (٦) التقييم السري الشهري للمتدرب في برنامج الامتياز

جامعة السعيد  
كلية طب الفم والأسنان

اسم المتدرب		الرقم الجامعي			
العنوان		رقم الجوال			
التخصص العلمي		فترة التدريب			
عدد أيام الحضور		عدد أيام الغياب			
جهة التدريب		اسم المشرف العلمي على التدريب			
م	معايير تقييم أداء المتدرب				
	ضعيف	مقبول	جيد	جيد جداً	ممتاز
	1	2	3	4	5
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					
<b>الإجمالي العام للتقييم</b>					

عدد الحالات التي انتهى منها المتدرب خلال الشهر:

التخصص	عدد الحالات	التخصص	عدد الحالات	ملاحظات وتعليقات

توقيع المشرف العلمي

إدارة المستشفى/المركز

## انموذج (٧) التقييم النهائي للمتدرب في برنامج الامتياز



جامعة السعيد

كلية طب الفم والأسنان

					اسم المتدرب	
			رقم الجوال	العنوان		
			فترة التدريب	الرقم الجامعي		
			عدد أيام الغياب	عدد أيام الحضور		
			اسم المشرف على التدريب	جهة التدريب		
ممتاز 5	جيد جداً 4	جيد 3	مقبول 2	ضعيف 1	التقييم الشهري للمتدرب	م
					الشهر الأول	١
					الشهر الثاني	٢
					الشهر الثالث	٣
					الشهر الرابع	٤
					الشهر الخامس	٥
					الشهر السادس	٦
					الشهر السابع	٧
					الشهر الثامن	٨
					الشهر التاسع	٩
					الشهر العاشر	١٠
					الشهر الحادي عشر	١١
					الشهر الثاني عشر	١٢
					<b>الإجمالي النهائي للتقييم</b>	

توقيع المشرف العلمي

إدارة المستشفى / المركز

انموذج (٨) افادة جهة التدريب باستكمال المتدرب برنامج الامتياز

الجمهورية اليمنية

مكتب الصحة العامة والسكان بمحافظة....

مستشفى / مركز/.....

افادة استيفاء برنامج طبيب امتياز الفم والاسنان

نفيد بأن طبيب امتياز الفم والاسنان/..... قد انهى متطلبات برنامج التدريب

في مستشفى/ مركز ..... خلال الفترة من: ..... إلى.....

وحسب نماذج التقييم الشهرية والنهائية المرفقة.

وتفضلوا بقبول وافر الشكر والتقدير،

ادارة المستشفى/ المركز

الاسم:

التوقيع والختم:

التاريخ:



انموذج (٩) شهادة استكمال متطلبات برنامج الامتياز



جامعة السعيد

عمادة شئون الطلبة

شهادة امتياز

Internship Training Certificate

نشهد بأن الطالب/ة/.....

المولود/ة في..... عام..... التحق/ت بالجامعة برقم أكاديمي (.....)

قد أكمل/ت بنجاح برنامج الامتياز في طب الفم والأسنان خلال الفترة:

من..... إلى.....

عميد شئون الطلبة

Dean of Students Affairs

عميد الكلية

Dean of faculty

## انموذج ( ١٠ ) تقييم المتدرب لبرنامج الامتياز



جامعة السعيد

كلية طب الفم والأسنان

				اسم المتدرب
		رقم الجوال	العنوان	
		فترة التدريب	الرقم الجامعي	
		اسم المشرف على التدريب	جهة التدريب	
م	مؤشرات التقييم			
	منخفضة 1	مقبولة 2	متوسطة 3	عالية 4
١				وضوح أهداف البرنامج التدريبي لسنة الامتياز
٢				شاركني المشرف في اعداد خطة واضحة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز
٣				متابعة المشرف لي باستمرار ومناقشته جوانب تطوير ذاتي وتحسين أدائي
٤				تمتلك مؤسسة التدريب الإمكانات والتجهيزات اللازمة لتنفيذ البرنامج التدريب لسنة الامتياز
٥				تنوع أنشطة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز (تعليمية، بحثية، خدمة المجتمع)
٦				وضوح محتوى البرنامج التدريبي لسنة الامتياز
٧				ملاءمة المحتوى البرنامج التدريبي لسنة الامتياز مع الفترة المحددة له
٨				ساعدني البرنامج التدريبي لسنة الامتياز في تنمية مهاراتي الإكلينيكية والعملية
٩				أفادني البرنامج التدريبي لسنة الامتياز في ربط المعرفة النظرية بالممارسة العملية
١٠				حقق لي البرنامج التدريبي لسنة الامتياز تنمية مهاراتي في لاتصال والتواصل
١١				استقدت من البرنامج التدريبي لسنة الامتياز في تنمية مهاراتي البحثية وحل المشكلات واتخاذ القرار
١٢				ساعدني البرنامج التدريبي لسنة الامتياز في التعلم الذاتي لتطوير نفسي وتنمية شخصيتي
١٤				أضاف لي البرنامج التدريبي لسنة الامتياز مهارات العمل ضمن فريق
				تمكنت من تهيئة نفسي للانتقال الى مرحلة العمل والممارسة المهنية خلال فترة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز
١٥				تضمن البرنامج التدريبي لسنة الامتياز مواقف عملية في اخلاقيات العمل والقيم المهنية
١٦				شعرت خلال فترة البرنامج التدريبي لسنة الامتياز بالعدالة والانصاف والموضوعية في تقييم أدائي
<b>الإجمالي النهائي للتقييم</b>				



انموذج ( ١١ ) طلب تأجيل المتدرب لمدة التدريب في برنامج الامتياز



جامعة السعيد

كلية طب الفم والأسنان

			اسم المتدرب
	رقم الجوال	العنوان	
	تاريخ تقديم طلب تأجيل فترة التدريب	الرقم الجامعي	
إلى	من	فترة تأجيل برنامج الامتياز	المدة المطلوبة لتأجيل برنامج الامتياز
	إلى	من	تاريخ الفترة البديلة لبرنامج الامتياز بعد التأجيل
			سبب طلب تأجيل فترة برنامج الامتياز
<p>رأي الكلية:</p> <p>الموافقة:</p> <p>عدم الموافقة:</p> <p>السبب:</p> <p>الاسم:</p> <p>التوقيع:</p>			