**إدارة التعليم الطبي والأبحاث**

**Medical Education and Research Department**

طلب تسجيل التدريب الصحي في منشأة صحية-متوسط

Registration of Clinical Training in Health Facilities Application – Intermediate

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| لرقم المرجعي: | | | DHA USE | | | | Reference Number: | | | | |
| البرنامج التدريبي المطلوب  يتم اختيار برنامج واحد فقط | | | | | **Requested Training Program**  **Only one program shall be selected** | | | | | | |
| فئة البرنامج:  برنامج الامتياز:  الطب العام  طب الأسنان    برنامج اكتساب الخبرة  برنامج العودة الى الممارسة المهنية  البرامج التدريبية العملية  التخصص:  الطب العام  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text.  طب الأسنان  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text.  الصيدلة  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text.  المهن الطبية المساعدة  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text.  التمريض والقبالة  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text.  الطب التقليدي والتكميلي والبديل (TCAM)  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text.  برامج أخرى  الرجاء تحديد: Click or tap here to enter text. | | | | | **Program Category:**  **Internship Program:**  **Medical**  **Dentistry**  **Work Experience Program**  **Back to Practice Program**  **Practical Hands on Training Programs**  **Specialty:**  Medical  Please specify Click or tap here to enter text.  Dentistry  Please specify Click or tap here to enter text.  Pharmacy  Please specify Click or tap here to enter text.  Allied health  Please specify Click or tap here to enter text.  ☐ Nurses & Midwives  Please specify Click or tap here to enter text.  Traditional, Complementary and Alternative Medicine (TCAM)  Please specify Click or tap here to enter text.  Other Programs  Please specify Click or tap here to enter text. | | | | | | |
| البرنامج التدريبي | | | | | **Training Program** | | | | | | |
| اسم البرنامج: |  |  |  |  | |  | |  |  | | Program Title: |
| نوع البرنامج: |  | مستقل | مشترك |  | | Joint | | Standalone |  | | Program Type: |
| مدة البرنامج: |  | |  | | | |  | | | Program Duration: | |
| ساعات التدريب النظري: | Click or tap here to enter text. | |  | | | | Click or tap here to enter text. | | | Total Theoretical Training Hours: | |
| ساعات التدريب العملي: | Click or tap here to enter text. | |  | | | | Click or tap here to enter text. | | | Total Practical Training Hours: | |
| ساعات التدريب عن بعد (الإنترنت) |  | |  | | | |  | | | Online Training Hours | |
| الاعتماد الدولي / الانتساب الأكاديمي |  | |  | | | |  | | | International Accreditation / Academic Affiliation | |
| شهادة/  مخرجات الممنوحة |  | |  | | | |  | | | Certificate/Outcome Awarded | |
| Facility | | | | | | | | | | | |
| الطاقة الاستيعابية للمنشأة: | Click or tap here to enter text. | |  | | | | Click or tap here to enter text. | | | Facility Capacity for Trainees | |
| عدد غرف التدريب | Click or tap here to enter text. | |  | | | | Click or tap here to enter text. | | | Number of Training Rooms | |
| عدد المتدربين المتوقع انضمامهم |  | |  | | | |  | | | Number of Expected Trainees | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدير الأكاديمي / المشرف التدريبي | | | | Academic Director / Training Supervisor | | | |
| الاسم الكامل | Click or tap here to enter text. | | | Click or tap here to enter text. | | | Name Full |
| المسمى الوظيفي: |  | | |  | | | Designation: |
| التخصص: | Click or tap here to enter text. | | Specialty | رقم الترخيص المهني: | Click or tap here to enter text. | | DHA Professional License No: |
| البريد الالكتروني: | Click or tap here to enter text. | | Email | الهاتف المتحرك: | Click or tap here to enter text. | | Mobile No: |
| المنسق الأكاديمي: | | | | **Academic Coordinator** | | | |
| الاسم الكامل | Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text. | | | | | | Full Name |
| المسمى الوظيفي: |  | | |  | | | Designation: |
| التخصص: | Click or tap here to enter text. | | Specialty | رقم الترخيص المهني (ان وجد) | Click or tap here to enter text. | | DHA license No. (if available) |
| البريد الالكتروني: | Click or tap here to enter text. | | E-mail | الهاتف المتحرك: | Click or tap here to enter text. | | Mobile No: |
| تفاصيل المنشأة الصحية : | | | | **Health Facility details** | | | |
| اسم المنشأة الصحية: | | Click or tap here to enter text. | | | | Name of the Health Facility**:** | |
| رقم رخصة المنشأة: | | Click or tap here to enter text. | | | | DHA Facility License Number: | |
| العنوان: | | Click or tap here to enter text. | | | | Address: | |
| رقم الهاتف: | | Click or tap here to enter text. | | | | Phone Number**:** | |
| الفروع الأخرى التي تقدم البرنامج (إن وجد): | | Click or tap here to enter text. | | | | Branches offering the program (if applicable): | |
| القطاع: | | حكومي government | | خاص Private | | Sector | |

|  |  |
| --- | --- |
| الشروط والأحكام: | Terms and Conditions: |
| * يتم تقديم طلب منفصل لكل برنامج تدريبي * تلتزم المنشأة بتقديم الوثائق الداعمة للطلب * لا يعتبر هذا الطلب موافقة لإصدار شهادات أكاديمية ولا يخول المتدربين صلاحيات ممارسة أي من المهارات المكتسبة إن وجدت بدون الحصول على رخصة من الجهات المعنية * الالتزام بإجراءات الدفع قبل الزيارة الميدانية للمنشأة | * Each Application Form is designed for one program only * Applicant should submit all required supporting documents * This is not an approval for Academic certificate nor a privilege of practicing the trained skills (if any) without appropriate License issued by concerned authorities. * Payment is to be processed prior to the facility inspection. |
| أقر أنني قد راجعت معايير تسجيل التدريب السريري في المنشآت الصحية وأوافق على الامتثال لجميع المتطلبات وغيرها من سياسات هيئة الصحة بدبي والقوانين الاتحادية ذات الصلة.  المعلومات المقدمة إلى هيئة الصحة بدبي حول هذا الموضوع صحيحة وكاملة.  وفي حال انني قدمت بيانات غير صحيحة أو مظللة فيما يتعلق بطلبي فسيعتبر الطلب المقدم من طرفي غير مستوفي للشروط ولهيئة الصحة بدبي الحق في إلغاء الطلب على التدريب أو سحب أية موافقة تصدر لاحقا بهذا الخصوص أو اتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة حيال ذلك. | This to declare that I have reviewed the Standards for Registration of Clinical Training in Health Facilities and agree to comply with all requirements and other related DHA Policies and Federal Laws. The information provided to DHA on the subject is accurate and complete.  And in the event that I submitted incorrect or misleading data in relation to my application, the application submitted by me will be considered not meeting the conditions, and the Dubai Health Authority has the right to cancel the application for training, withdraw any approval issued later in this regard, or take the necessary measures and actions in this regard. |
| يرجى ارسال نموذج الطلب بعد تعبئته وتوقيعه للبريد الالكتروني لإدارة التعليم الطبي والأبحاث [trainingfacility@dha.gov.ae](mailto:trainingfacility@dha.gov.ae) | **Kindly, submit completed signed application form through the Medical Education & Research Dept E-mail** [**trainingfacility@dha.gov.ae**](mailto:trainingfacility@dha.gov.ae) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اسم مقدم الطلب: | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. | Name of the applicant: |
| الصفة الوظيفية: | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. | Designation: |
| التوقيع: | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. | Signature: |
| اسم المدير الطبي: | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. | Name of the Medical Director: |
| توقيع المدير الطبي: | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. | Signature of Medical Director: |
| التاريخ: | Click or tap to enter a date. | Click or tap to enter a date. | Date: |
| ختم المنشأة الصحية: | Click or tap here to enter text. | | Health Facility Seal: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | DHA Initial assessment Check list |
| Remarks | **Status** | **Item** |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Organizational Chart (Academic Office) |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Training Objectives/Curriculum |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Training Materials |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Target Group for Training |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Required policies & forms as per the standards. |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Institution Self-Assessment Form |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Name of training Program lead with DHA license |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Training Rooms Layout |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Tool for tracking trainees attendance |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Logbook for trainee experience |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Valid Facility License |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Trainers DHA License |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Trainers Profile (with Credentials/Qualification/ Training Experience) |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Training Program Rotation/Plan |
| Click or tap here to enter text. | Yes  No  NA | 1. Trainee’s Evaluation/competencies Criteria or Method |