



KINGDOM OF SAUDI ARABIA
NATIONAL GUARD HEALTH AFFAIRS
IMAM ABDULRAHMEN BIN FAISAL HOSPITAL



TRAINING & DEVELOPMENT DEPARTMENT – EASTERN REGION

Tel: 8581111 Ext: 31378 – 31385 Fax: 31388

Train&DevD@ngha.med.sa

SUMMER TRAINING REGISTRATION

Student's Information	
Student Name:	Gender: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
University / Institute:	
Major:	Major GPA:
Degree: Diploma <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
Nationality:	Saudi ID#:
E-mail:	
Home Tel:	Mobile No:

- As the Primary purpose of this program is to provide valuable work experience, trainees will not receive a salary.
- Training will be in accordance with “detailed program”, for eight(8) weeks. Weekly training period will be five (5) hours, from Saturday through Wednesday. The daily working hours will be from 8 A.M through 01 P.M with a half hour lunch break.
- Trainees who complete the training period will be granted a training completion certificate at the end of the program.



تعهد عدم ممانعة تدريب

أتعهد أنا _____

ولي أمر _____

بموجب حفيظة رقم _____

بأن لا ممانع لدي من التحاق (إبنتي زوجتي أختي) بالبرنامج التدريبي الصيفي في مستشفى الإمام عبدالرحمن الفيصل بالدمام أو مستشفى الملك عبد العزيز للحرس الوطني بالأحساء. وذلك تحت إشراف إدارة التدريب والتطوير بالقطاع الشرقي، ولا يحق لي إنهاء التدريب إلا بعد إتمام فترة البرنامج الصيفي المحددة.

التوقيع: _____

التاريخ: _____

هاتف: _____

جوال: _____

ملاحظة:
يجب إرفاق صورة من بطاقة العائلة.