

**Saudi Council  
For Health Specialties**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**الهيئة السعودية  
للتخصصات الصحية**

Reg. No: 20 - -  
Reg. Date: / /



يرجى إلصاق  
صورة حديثة  
Please  
Affix  
Recent  
Photo here

استمارة إعادة التسجيل المهني

**APPLICATION FORM**

**FOR PROFESSIONAL RE-REGISTRATION**

الجزء الأول:  
**Part I:**

١- المعلومات الشخصية

**1. Personal Information**

Please print or write all information in block letters

الرجاء تعبئة الاستمارة طباعة أو بخط واضح

الاسم الكامل : .....  
الاسم الأول اسم الأب اسم الجد اسم العائلة

1.1 Full Name: .....  
( First Name ) ( Middle Name ) ( Family Name )

DD MM YY

1.2 Date of Birth: / / 1.3 Country of Birth: ..... 1.4 Sex: ..... الجنس مكان الميلاد

1.5 Nationality: ..... الجنسية 1.6 Country of Current Residence: ..... بلد الإقامة الحالي

1.7 ID/Iqama /Passport No: ..... رقم البطاقة / الإقامة / الجواز

1.8 P.O Box: ..... ص.ب City: ..... المدينة Postal Code: ..... الرمز البريدي

1.9 Tel No.: ..... هاتف Ext.: ..... تحويلة Fax No.: ..... فاكس

1.10 Mobile No.: ..... جوال E-mail: ..... البريد الإلكتروني

1.11 Blod Type ..... فصيلة الدم

**2- Sponsor Information**

٢. اسم و عنوان جهة عملك الحالي

2.1 Govt. ☐ Non Govt. ☐

2.2 MOH ☐ MODA ☐ NG ☐ SF ☐ UNIV ☐ Other ☐ .....

2.3 Work Place ..... مقر العمل

P.O.Box: ..... ص.ب City: ..... المدينة Postal Code: ..... الرمز البريدي

Tel No. .... هاتف Ext. .... تحويلة Fax No.: ..... فاكس

**3- Information Relevant To your Professional Practice:**

٣- معلومات خاصة بالممارسة المهنية

3-1- Has there been any change in your professional Title? If yes, please indicate and attach proof.

٣-١. فضلاً اذكر فيما اذا حصل تغيير على لقبك المهني، إذا كان نعم ارفق ما يثبت ذلك .

Previous Title: ..... اللقب المهني السابق Current Title: ..... اللقب المهني الحالي

3-2- Have You ever been accredited by the Council?

٣-٢. هل سبق أن قمت بالتصنيف المهني لدى الهيئة؟

☐ No لا

☐ es نعم

☐ If Yes, please write your Accreditation No ..... إذا كان نعم / اكتب رقم التصنيف

☐ If No, please mention, if required, the name of the ..... إذا كان لا / اذكر الشهادة المطلوب تصنيفها (إذا كنت ملزماً

Certificate to be accredited ..... نظاماً بالتصنيف )  
نموذج رقم ( ١ ج )

Applicant Signature.

-١-

توقيع صاحب الطلب

## Part II. Important notes in regards to registration, renewal and extension terms:

- ٢- ١ على المتقدم بعد اكتمال التسجيل إخطار الهيئة بأي تعديل يحدث في وظيفته أو عنوانه أو أي معلومات لها علاقة بالتسجيل، و أي تقصير في هذا الصدد يعتبر مخالفا لطلب التسجيل .
- 2.1 The applicant once has been registered, is required to inform the Council of any change in his/her post, address or any information relevant to the registration. Failure to do so is considered as a violation of this application.
- ٢- ٢ إذا رغب مقدم الطلب في تعديل تسجيله لدرجة مهنية مختلفة أو تأهيل إضافي فقد يترتب على ذلك إجراء تصنيف مهني في مجال تخصصه .
- 2.2 If the applicant wishes to renew his/her registration for a different description or a range of employment for which he/she is not sponsored, he/she may be required to pass a test of professional knowledge.
- ٢- ٣ مدة التسجيل ثلاث سنوات .
- 2.3 The duration of registration is limited to three years.
- ٢- ٤ يجوز وقف التسجيل و/ أو إلغائه قبل انتهاء مدته في الحالات التالية :
- 2.4 **Registration might be prematurely suspended and /or revoked in the following conditions:**
- أ. ثبوت قصور مهني .
- ب. الإخلال بنظام أو أخلاقيات مزاولة المهنة.
- ج. العجز الجسماني و/ أو العقلي عن مزاولة المهنة أو بسبب مرض معدي.
- د. بناء على قرار/ توصية من لجنة طبية شرعية .
- هـ. المصلحة العامة.
- ٢- ٥ يشترط لإعادة التسجيل ما يلي:
- (١) استيفاء ساعات التعليم المستمر (استخدم القائمة المرفقة ٢ - ٦) .
- (ب) عدم وجود أي مخالفة تتطلب إلغاء أو إيقاف الممارسة المهنية.
- ج (إرفاق تعريف من المرجع.
- د ( تسديد الرسوم المستحقة.
- iii) Identification Letter by sponsor attached.
- Registration fees are paid and receipt attached.

توقيع صاحب الطلب ..... Applicant Signature:

## 2.6 List of CME hours \*

٢ - ٦ بيان بعدد ساعات التعليم المستمر

الجهة المنفذة Certificate Issued by	الساعات Hours	تاريخه Date of Activity	رقم الاعتراف Recognition No.	أسم النشاط Title of Activity
إجمالي عدد الساعات		Total hours awarded		

\* **Important note** : Attach Certificates of attendance for review

❖ **ملاحظة هامة** : ترفق شهادات الحضور للمراجعة

§ هذه المعلومات والشهادات سوف تدقق وتطابق مع مصادرها في الجهات التي ذكرت في الاستمارة داخل المملكة وخارجها .

§ أوقع على أن كل ما ورد بهذه الاستمارة صحيح ، وأتحمل كامل المسؤولية عن عدم دقة المعلومات الواردة أعلاه .

§ All information stated above and certificates will be verified from the country issuing the degree and certificate of experience you mentioned inside/outside the kingdom.

§ Herewith I certify that all information provided in this application are correct to the best of my knowledge and I bear the responsibility for any incorrect or inappropriate information given.

الاسم : ..... التوقيع ..... التاريخ / /

الجزء الثالث : للاستخدام الرسمي فقط  
Part III : For official use only

Approval of

CME director

مدير إدارة التعليم المستمر

نصادق على صحة البيان

الختم

التاريخ

التوقيع

الاسم

Seal

Date

Sign.

Name

توقيع صاحب الطلب ..... Applicant Signature تاريخ الطلب : / / Application Date:

الإدارة المالية : تم تحصيل الرسوم وقدرها ( ) برقم ( ) وتاريخ / / الاسم :

الطلب مستوفي المتطلبات النظامية وعليه يمكن إعادة التسجيل على النحو التالي :

The application has been completed in accordance with bylaws and thus Re-registration could be

fulfilled التخصص : Supspecialty : التخصص الدقيق Specialty

Professional Title

الدرجة المهنية

Ends on / / نهايته Re-registration Commences on : / / بداية إعادة التسجيل

التاريخ

التوقيع

اسم موظف الهيئة

Date / / Signature ..... SCHS Employee's Name

Reviewed by : ( Director of Registration)

تمت مراجعتها من قبل مدير إدارة التسجيل

Name

الاسم:

Signature

التوقيع:

Date

التاريخ:

Approved by : ( Secretary General)

تصديق الأمين العام

Name

الاسم

Signature

التوقيع

Date

التاريخ

The Web Site: [www.scfhs.org.sa](http://www.scfhs.org.sa) : عنوان موقع الهيئة على الإنترنت

E-Mail : [scfhs@scfhs.org.sa](mailto:scfhs@scfhs.org.sa) البريد الإلكتروني