



وزارة الصحة

الرقم هـ/م/أ/٩٦٢/٥
التاريخ
الموافق ١٦/١١/٢٠٢٢

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولية
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة محافظة / لواء/ اقليم.....
مدير مستشفى.....

تحية طبية وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي النسائية والتوليد للتدريب في الخدمات الطبية الملكية ومستشفى الجامعة الاردنية ومركز الحسين للسرطان لمدة سنة وحسب المكان والموضوع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
1	طب الام والجنين	الخدمات الطبية الملكية + مستشفى الجامعة الاردنية
2	الاورام النسائية	الخدمات الطبية الملكية + مركز الحسين للسرطان
3	المسالك البولية النسائية	الخدمات الطبية الملكية

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي النسائية والتوليد من التابعين لامرهم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب وحسب الشروط التالية :-

- 1- ان لا يتجاوز العمر عن 45 عاما.
 - 2- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لاتقل عن سنتين كطبيب اختصاص في الوزارة .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه اسبوع من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .
- وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الداخلية ووزير الصحة بالوكالة

مازن عبد الله الفراه

الأمين العام للشؤون الادارية والفنية
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

نسخة/رئيس اختصاص النسائية و التوليد .

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦٤٦٢٦ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦٤٦٢٦ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم الوطني:
---------------	---------------

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
الاسم باللغة الإنجليزية:	العائلة:
تاريخ الميلاد:	عنوان السكن:
رقم الهاتف الخليوي:	رقم هاتف المنزل:
	الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل عملي):	
<input type="checkbox"/> دبلوم	<input type="checkbox"/> بكالوريوس
<input type="checkbox"/> دكتوراه	<input type="checkbox"/> ماجستير
<input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر)	<input type="checkbox"/> براد
التخصص:	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
تاريخ التعيين في الوزارة:	المسمى الوظيفي:
	الدرجة الحالية:

مكان العمل:	
المحافظة:	اسم مكان العمل:
<input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية	رقم الهاتف:

ارغب بالالتحاق في:

للاستعمال الرسمي:	
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تنسيب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

ملاحظات:

- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية.
- صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل.
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل.
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول.