



الرقم
التاريخ
الموافق
تعليم/بعثات / 20799
30/11/2025

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة
مدير مستشفى

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2024/7/9 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في امراض القلب والشرابين في مستشفى الامير حمزة وإدارة مستشفيات البشير كوحدة واحدة اعتباراً من 2024/7/1 .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب في مستشفى الامير حمزة وإدارة مستشفيات البشير في اختصاص امراض القلب والشرابين ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاماً .
2. ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .

وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بال نماذج بعد تعيينتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسياً حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

علماً بأنه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .

كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر ولمدة سنة حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،،،

وزير الصحة
الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .

وزارة الصحة

نموذج طالب بعثة / دورة

نموذج طلب بعثة / دور

										الرقم الوطني:	()	الرقم الوظيفي (رقم الملف):
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	-----	----------------------------

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 علمي):		☐ دبلوم	☐ بكالوريوس	☐ دكتوراه
		☐ دبلوم عالي	☐ براد	☐ ماجستير
غير ذلك (افكر)		مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:		
التخصص:		المسمى الوظيفي:		
تاريخ التعيين في الوزارة:		الدرجة الحالية:		

مكان العمل :	
اسم مكان العمل :	الحافظة :
رقم الهاتف :	☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :	
٧ ☐	تنسيق الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم
٧ ☐	تنسيق المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم
اسم مقدم الطلب والتوقيع :	
التاريخ :	
البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :	
٧ ☐	نعم ☐

ملاحظات :

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