



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

الرقم
التاريخ
الموافق
تعليم/بعثات / 20798
30/11/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2024/2/13 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي لاختصاص امراض الجهاز الهضمي والكبد في مستشفى الامير حمزة كوحدة واحدة مع ادارة مستشفيات البشير اعتبارا من 2024/7/1 .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدرب في ادارة مستشفيات البشير ومستشفى الامير حمزة في اختصاص امراض الجهاز الهضمي والكبد 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 عاما .
2. ان يكون الطبيب حاصلا 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 بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

علما 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 طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	()
------------------	-----

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

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي) :	
☐ دبلوم	☐ بكالوريوس
☐ دبلوم عالي	☐ بكالوريوس
☐ غير ذلك (اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة :
التخصص :	المسمى الوظيفي :
تاريخ التعيين في الوزارة :	الدرجة الحالية :

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

ارغب بالالتحاق في :

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

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