

جائزة الملك عبدالله الثاني
تسلياً لأداء الحكومي والشعافية
الدورة التاسعة
(2024/2023)



وزارة الصحة

مدير عام مستشفى الامير حمزة

مدير ادارة مستشفيات البشير

مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى

مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات

مدير مديرية صحة محافظة / لواء/ اقليم

مدير مستشفى

الرقم

التاريخ

تعليم/بعثات / 13838

الموافق

17/08/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

لاحقاً للكتاب رقم تعليم/بعثات/11454 تاريخ 2025/7/27 .

واشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/7/7 والمتضمن الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي لاختصاص امراض الدماغ والاعصاب في ادارة مستشفيات البشير ومستشفى الامير حمزة كوحدة واحدة مع مستشفى الاميرة بسمة التعليمي اعتباراً من تاريخ 2025/7/1 .

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من مقيمي الباطني وممن انهوا السنة الاولى بنجاح للتدرب في ادارة مستشفيات البشير ومستشفى الامير حمزة كوحدة واحدة مع مستشفى الاميرة بسمة التعليمي في اختصاص امراض الدماغ والاعصاب ولمدة أربع سنوات ضمن برنامج الإقامة ، وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد العمر عن (45) عاماً .
2. ان يكون باشر العمل في الوزارة قبل 2024/7/1 .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها بتاريخ حديث .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على مقيمي الباطني (ممن انهى السنة الاولى بنجاح) من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصل ترشيحاتكم خلال (5) خمسة أيام عمل من تاريخه ، وذلك على فاكس مديرية التعليم والتدريب الطبي رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .
علماً بان من ينسحب من البرنامج بعد مباشرة التدريب لن يتم اعادته الى برنامج اقامة الباطني .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
نسخة/مدير البرنامج التدريبي لبرنامج امراض الدماغ والاعصاب الدكتور وليد بطايحة .

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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) :	
☐ دبلوم ()	☐ بكالوريوس ()
☐ دبلوم عالي ()	☐ ماجستير ()
☐ غير ذلك (انكر)	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 :	
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل : ☐ نعم ☐ لا
تنسيب 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 .
 - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .