



وزارة الصحة

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

الرقم
التاريخ تعليم/بعثات / 11454
الموافق 27/07/2025

تحية طبية وبعد ،،،
اشارة 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 اعتبارا من تاريخ 2025/7/1 .

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من مقيمي الباطني وممن انهوا السنة الاولى بنجاح وهم في مستوى السنة الثانية في الوقت الحالي 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) عاما .
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 وهو في مستوى السنة الثانية في الوقت الحالي) 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 .

علما بان من ينسحب من البرنامج بعد مباشرة التدريب لن يتم اعادته الى برنامج اقامة الباطني .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

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

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

نموذج طلب بعثة / دورة

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

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

ارغب بالالتحاق في :

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

بلا حظات :

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