



وزارة الصحة

الرقم / تعليم / بيان / ٦٤٦٧

التاريخ

الموافق ٢٠٢٣ / ٦ / ٢٠

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

تحية طيبة وبعد ،،،  
يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الانف والاذن والحنجرة للتدريب وحسب المكان والمدة  
والمواضيع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	جراحة الاذن الدقيقة	الخدمات الطبية الملكية او مستشفى الجامعة الاردنية او مركز الحسين للسرطان	سنة
2	جراحة الرأس والعنق	الخدمات الطبية الملكية او مستشفى الجامعة الاردنية او مركز الحسين للسرطان	سنة
3	جراحة الاطفال الاذنية	الخدمات الطبية الملكية	سنة
4	جراحة الجيوب الانفية بالمنظار	الخدمات الطبية الملكية او مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي	سنة اشهر
5	جراحة زراعة القوقعة	الخدمات الطبية الملكية	سنة
6	جراحة الاذن الوسطى والداخلية	الخدمات الطبية الملكية او مستشفى الجامعة الاردنية	سنة
7	سمعيات	مستشفى الجامعة الاردنية او الخدمات الطبية الملكية	سنة اشهر - سنة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الانف والاذن والحنجرة من التابعين لامركم 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 الصحة  
الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة / رئيس اختصاص الانف والاذن والحنجرة

الأمين العام للشؤون الادارية والفنية  
اللكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

المملكة الاردنية الهاشمية

هاتف: ٢٣٠٠٠٢٣٠ ٦٥٢٠٠٢٣٠ فاكس: ٦٥٦٨٨٣٧٣ ٩٦٢٠٠٢٣٠ ص.ب. ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / ثورة

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

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
العائلة:	
الاسم باللغة الإنجليزية:	
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"/> دبلوم عالي	<input type="checkbox"/> ماجستير
<input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحالية:

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

ارغب بالالتحاق فسي:
---------------------

للاستعمال الرسمي:	
البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:	تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تنسيب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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 تجننه حسب الأصول.