



وزارة الصحة

الرقم: ١١٦ ٥٩ / ب.ع.ع.ع.

التاريخ:

الموافق: ١٨ / ٨ / ٢٠٢٣

مدير عام مستشفى الأمير حمزة
مدير ادارة مستشفى البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم
مدير مستشفى

تحية طيبة وبعد ،،،

لاحقا لكتابي رقم تعليم / بعثات / 6246 تاريخ 2023/6/20 .

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 وزراعة الفوقية	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 لا تقل عن سنتين كطبيب اختصاص في الوزارة .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه خمسة ايام عمل 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

42

الأمين العام
للشؤون الإدارية والفنية المكلف
الدكتور عماد ابو يقين

نسخة / رئيس اختصاص الانف والاذن والحنجرة

س.م.م.

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: +٩٦٢ ٥٢٠٠٢٣٠ فاكس: +٩٦٢ ٥٦٨٨٣٧٣ ص.ب. ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن . الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:										الرقم الوطني:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي):														
دبلوم ()					بكالوريوس ()					دكتوراه ()				
دبلوم عالي ()					إسـتـد ()					ماجستير ()				
غير ذلك (الذكر)					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:				
تنسيب المدير المعني مع التوقيع: نعم ☐ لا ☐					نعم ☐ لا ☐				
اسم مقدم الطلب والتوقيع:									
التاريخ:									

- 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 .