



21/04/2025

هاتف: +٩٦٢ ٦٥٢٠٠٢٣٠ فاكس: +٩٦٢ ٦٥٨٨٣٧٣ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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

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

ارغب بالالتحاق في:

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

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