



وزارة الصحة

مساعد الامين العام للشؤون الفنية والصحية ومديريات الصحة
مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير مديرية الشؤون الصحية في محافظة / لواء.....
مدير مستشفى.....

الرقم: ١٢٥٠٤ / ١٥
التاريخ: ١٤ / ١٥
الموافق: ١٥ / ١٥

تحية طيبة وبعد،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني رقم (١١١) لعام ٢٠٢١ والخاص
بالموافقة على الاعتراف بقسم العناية الحثيثة للكبار في وزارة الصحة / ادارة
مستشفيات البشير .

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق اختصاصيي باطني واختصاصيي
جراحة عامة واختصاصيي التخدير والعناية المركزة للتدرب في ادارة مستشفيات
البشير في اختصاص العناية الحثيثة للكبار ولمدة سنتين .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني واختصاصيي الجراحة العامة
واختصاصيي التخدير والعناية المركزة التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من
التدريب المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-

- ١- ان لايزيد عمر المرشح عن (٤٠) عاماً من تاريخ ٢٠٢٢/١/١ .
- ٢- ان يكون حاصلاً على البورد الاردني او العربي في الاختصاص .
- ٣- ان يكون له خبرة لمدة لا تقل عن عامين في وزارة الصحة بعد الحصول على البورد .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصانني طابااتكم خلال سبعة
ايام عمل اعتباراً من تاريخه على فاكس مديرية التعليم وتطوير الموارد البشرية رقم
(٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطاباات تنافسياً وحسب الاسس المتبعة في ديوان
الخدمة المدنية .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

وزير الصحة

الأستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة الى :-

- رئيس اختصاص الباطني .
- رئيس اختصاص التخدير والعناية المركزة .
- رئيس اختصاص الجراحة العامة .

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / ليرة

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

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):	
<input type="checkbox"/> دبلوم ()	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ()
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ()	<input type="checkbox"/> بورد ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحالية:

مكان العمل:	اسم 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 في:

للاستعمال الرسمي:	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

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