



وزارة الصحة

الرقم تطوير/صحة/ ٣١

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.....

التاريخ ٢٠٢٢/١١/٢٤

الموافق

تحية طيبة وبعد،،،

لاحق الى كتابي رقم تطوير/بعثات/١٣٥٠٤ تاريخ ٢٠٢١/١٢/١٥ .

واشارة 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 للتدريب 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 .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصاني طلباتكم في موعد اقصاه يوم الخميس الموافق ٢٠٢٢/١/٦ ، وذلك على فاكس مديريةية التعليم وتطوير الموارد البشرية رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات 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:	()
------------------	-----

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"/> بـورد ()
<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 :	التاريخ:
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
تنسيب المدير المعني مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
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 تعينه حسب الأصول .