



الرقم .....

التاريخ .....

الموافق .....

مدير عام مستشفى الامير حمزه  
مدير ادارة مستشفيات البشير  
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولية  
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات  
مدير مديرية صحة.....  
مدير مستشفى.....

تعليم/بعثات/ 6814

10/06/2024

تحية طبية وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي رقم (49) لعام 2012 والمتضمن الموافقة على الاعتراف بقسم امراض الكلى في مستشفى الامير حمزة التكاملي مع ادارة مستشفيات البشير .

ارجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير في اختصاص امراض الكلى ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
2. ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي بتاريخ حديث .

على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بالانماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/رئيس اختصاص الباطني .  
نسخة/رئيس اختصاص امراض الكلى .  
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

س ع

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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"/> بكالوريوس ( )	<input type="checkbox"/> دكتوراه ( )
	<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> ماجستير ( )
	<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )
<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"/> مديرية صحية
<input type="checkbox"/> مستشفى	<input type="checkbox"/> مديرية صحية
<input type="checkbox"/> مديرية صحية	<input type="checkbox"/> مديرية صحية
<input type="checkbox"/> مديرية صحية	<input type="checkbox"/> مديرية صحية

ارغب بالالتحاق في:

تلاستعمال الرسمي:	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تتسبب الزئيم المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم
تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم
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 .
- مستخرج استثناء الطلب في حالة عدم تحيئة حسب الأصول .