بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الصحة

جائزة الملك عبدالله الثاني
لتميز الأداء الحكومي والشفافية
الدورة التاسعة
(2024/2023)

الرقم تعليم/بعثات / 7743
التاريخ 19/05/2026
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 ....

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي التخدير والعناية المركزة للتدرب في الخدمات الطبية الملكية ولمدة سنتان في اختصاص علاج الالم .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي التخدير والعناية المركزة من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه بتعبئة النموذج المرفق وحسب الشروط التالية :-

1- ان لا يتجاوز العمر عن 45 عاما.
2- ان يكون الطبيب حاصلا على البورد الاردني او ما يعادله .
3- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لاتقل عن سنتين كطبيب اخصائي/تخدير وعناية مركزة في الوزارة .
4- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي/تخدير وعناية مركزة بتاريخ حديث .

وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

علما بانه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .

كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر خلال العام حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص التخدير والعناية المركزة .

12 أيار، 2026

صفاء خالد عبدالكريم ابو ريشه

3484620

وزارة الصحة

نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوظيفي (رقم الملف): (   ) | الرقم الوطني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

المعلومات الشخصية

الاسم الأول :	الأب :	العائلة :
الاسم باللغة الإنجليزية :		
تاريخ الميلاد:		عنوان المسكن:
رقم الهاتف الخلوي:	رقم هاتف المنزل:	الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي) :

☐ دبلوم ( )	☐ بكالوريوس ( )	☐ دكتوراه ( )
☐ دبلوم عالي ( )	☐ بورد ( )	☐ ماجستير ( )
☐ 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 :

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 :

١. يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .

٢. صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل .

٣. صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .

٤. سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعبئته حسب الأصول .