



مدير عام مستشفى الامير حمزه  
مدير ادارة مستشفى البشير  
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى  
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات  
مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم.....  
مدير مستشفى .....

الرقم .....  
التاريخ .....  
الموافق .....  
تعليم/بعثات / 5669  
12/05/2024

تحية طبية وبعد ،،،  
يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي النسائية والتوليد للتدريب في الخدمات الطبية الملكية ومستشفى الجامعة الاردنية ومركز الحسين للسرطان لمدة سنة وحسب المكان والموضوع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
1	طب الام والجنين	الخدمات الطبية الملكية + مستشفى الجامعة الاردنية
2	الاورام النسائية	الخدمات الطبية الملكية + مركز الحسين للسرطان
3	المسالك البولية النسائية	الخدمات الطبية الملكية

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي النسائية والتوليد من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب وحسب الشروط التالية :-

- 1- ان لا يتجاوز العمر عن 45 عاما.
  - 2- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لا تقل عن سنتين كطبيب اختصاص في الوزارة .
  - 3- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه خمسة ايام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/رئيس اختصاص النسائية والتوليد .  
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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

مكان العمل:	
السحافة:	اسم مكان العمل:
<input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية	رقم الهاتف:

ارغب بالالتحاق في:
--------------------

للاستعمال الرسمي:	
تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	التاريخ:
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.
- يستمع استثناء الطلب في حالة عدم تعيينه حسب الأصول.

0. استثناء الطلب في حالة عدم ارفاق صورة تسمية لكتابة بكارز حريش