



وزارة الصحة

الرقم التعليمي / رقم: ١٢٨.٩.٢٠١٠

التاريخ: ٤.../٩.../٢٠١٠

الموافق: .....

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

تحية طيبة وبعد ،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اخصائيي طب العيون للتدرب لمدة سنة في المجالات والاماكن التالية :-

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
1	جراحة الشبكية والسائل الزجاجي	الخدمات الطبية الملكية + مستشفى الجامعة الاردنية
2	جراحة الجلوكوما (الزرق)	الخدمات الطبية الملكية
3	اورام العين	مركز الحسين للسرطان
4	جراحة عيون اطفال	الخدمات الطبية الملكية + مستشفى الجامعة الاردنية

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

- 1- ان لا يتجاوز عمر الطبيب عن 45 عاما.
- 2- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لا تقل عن سنتين كطبيب اخصائي في الوزارة .  
وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه خمسة ايام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .  
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية  
المكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

نسخة / رئيس اختصاص طب العيون .

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 عملي):	
<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> إتمام ( )
<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:

تلاستعمال الرسمي:

البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:

نعم  لا

لا

تنسيق الرئيس المباشر مع التوقيع:  نعم  لا

لا

تنسيق المدير المعني مع التوقيع:  نعم  لا

التاريخ:

اسم مقدم الطلب والتوقيع:

ملاحظات:

- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .
- صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعمل .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعمل .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تبيته حسب الأصول .