



الرقم

التاريخ

الموافق

تعليم/بعثات / 5464

06/05/2024

مدير عام مستشفى الامير حمزة  
مدير ادارة مستشفيات البشير  
مدير إدارة الشؤون الفنية للمستشفيات  
مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم.....  
مدير مستشفى.....

تحية طيبة وبعد،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني رقم (111) لعام 2021 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 واختصاصيي طب الطوارئ والحوادث 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 واختصاصيي طب الطوارئ والحوادث التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التدريب المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-

- 1- ان لايزيد عمر المرشح عن (45) عاماً.
- 2- ان يكون حاصلاً على البورد الاردني او مايعادله .
- 3- احضار وثيقة من نقابة الأطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اختصاصي بتاريخ حديث .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصانني طابااتكم خلال خمسة أيام عمل من تاريخه ، وذلك على فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (5057498) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسياً وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

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 .
- رئيس اختصاص طب الطوارئ والحوادث .
- مدير مديريةية التعليم والتدريب الطبي .

سماح صحتك بسلامة

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: +962 652 00230 فاكس: +962 656 88273 ص.ب. ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم ( )
---------------	-----------

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
العائلة:	
الاسم باللغة الإنجليزية:	
تاريخ الميلاد:	عنوان السكن:
رقم الهاتف الخليوي:	رقم هاتف المنزل:
	الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي):	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )	<input type="checkbox"/> دكتوراه ( )
	<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> ماجستير ( )
	<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> براد ( )
<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:
تسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

هـ - سيتم استثناء طلب الجيب في حال  
عدم ارفاق ورقة تسجيل النقابة  
بجائز هويت

- 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.