



تعليم/بعثات / 2738

الرقم

التاريخ 12/02/2024

الموافق

مدير إدارة.....

مدير.....

تحية طيبة وبعد،،،

لاحقا لكتابي رقم تعليم/بعثات/15678 تاريخ 2023/10/31 .

أرفق طياً صورة عن كتاب رئيس ديوان الخدمة المدنية رقم 12315/18/75 تاريخ 2023/10/29 و كتاب رئيس هيئة الخدمة والإدارة العامة رقم 621/18/75 تاريخ 2024/2/7 ومرفقاته بخصوص توفر منح دراسية لموظفي الخدمة المدنية للمشاركة في برنامج كلية الدفاع الوطني للحصول على درجة الماجستير في (الإدارة و الدراسات الاستراتيجية) خلال الفترة من 2024/6/16 ولغاية 2025/6/12 وعلى نفقة القوات المسلحة الاردنية وضمن شروط ديوان الخدمة المدنية وشروط كلية الدفاع الوطني الملكية الاردنية .

راجياً التكرم بتعميم المنح مرة أخرى على الموظفين التابعين لامركم وتزويدي بالطلبات بعد تعبئة النموذج المرفق وضمن الشروط المذكورة في المرفق وشروط هيئة الأركان المشتركة على ان تصلني ترشيحاتكم في موعد أقصاه 2024/2/13 مع ارفاق صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل وصورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل وذلك على فاكس مديرية التعليم و التدريب الطبي رقم (5057498).

لمزيد من المعلومات يرجى الاطلاع على الموقع الالكتروني للوزارة [www.moh.gov.jo](http://www.moh.gov.jo) .

ملاحظة : من يتم ايفاده تنطبق عليه بنود المادة (131) بند(أ) من نظام الخدمة المدنية حيث يصرف شهرياً للموظف الموفد المتفرغ في بعثة او دورة داخل المملكة او خارجها خلال مدة الايفاد كامل راتبه الاجمالي باستثناء العلاوة الاشرافية وعلاوة الموقع بالاضافة الى خصم الحوافز وعلاوة العمل الاضافي عن طيلة مدة الايفاد .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مدير التعليم والتدريب الطبي

الدكتورة زهام الحمود

البريد الإلكتروني: moh.gov.jo

2416014

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: +962 652 0023 فاكس: +962 658 8272 ص.ب. 86 عمان 11118 الأردن. الموقع الإلكتروني: [www.moh.gov.jo](http://www.moh.gov.jo)

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم الوطني:	( )	الرقم الوظيفي (رقم الملف):
---------------	---------------	-----	----------------------------

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

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي):	
<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )
<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 الحائز بها:

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: \_\_\_\_\_

تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

- ملاحظات:
- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المنقبة .
  - صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل .
  - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
  - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعيينه حسب الأصول .