



وزارة الصحة

تعليم/بعثات/ 2687-4
التاريخ /...../
المرافق 11/02/2024

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

تحية طيبة وبعد،،،

لاحق لكتابي رقم تعليم/بعثات/432 تاريخ 2024/1/7 .
يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد (2) من اختصاصيات الاشعة التشخيصية
ببرنامج الزمالة في التصوير الشعاعي للثدي والمنوي عقده في مركز الحسين للسرطان ولمدة عام
كامل .
للتكرم بالاطلاع والتعميم على طبيبات الاشعة التشخيصية التابعات لامركم والراغبات بالاستفادة
من التخصص المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :-
1- ان لايزيد عمر المرشحة عن (45) عاماً .
2- ان تكون الطبيبة حاصلة على البورد الأردني او مايعادله .
3- احضار وثيقة من نقابة الأطباء تثبت تسجيل الطبيبة فيها كطبيبة اشعة تشخيصية بتاريخ
حديث .
4- التعهد بالعمل في إقليم الجنوب بعد انتهاء فترة التدريب .
وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج
حسب تعبئتها حسب الأصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس مديرية
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 الاشعة التشخيصية .
مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية
المكتورة الهام عبيد الرحمن خريسات

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / ليرة

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

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

مكان العمل:	
المحافظة:	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:	
تسبب الرئيس المباشر مع التوقيع:	<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:	اليعة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	التاريخ:

- 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 .