



الرقم تعليم/مخات: 17349/

التاريخ

الموافق

14/12/2023

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 ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني رقم (74) لعام 2021 والخاص بالموافقة على اعتماد التدريب
ببرنامج امراض الغدد الصم والسكري (برنامجا مشتركاً) ما بين ادارة مستشفيات البشير ومستشفى الامير
حمزة .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب في ادارة
مستشفيات البشير ومستشفى الامير حمزة في اختصاص امراض الغدد الصم والسكري ولمدة ثلاث سنوات

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص
المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاماً .
2. ان يكون حاصلاً على البورد الاردني او ما يعادله .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها
حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في
الطلبات تنافسياً حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فرايس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية
المكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

رسالة

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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 (انكر)	<input type="checkbox"/> ماجستير ()
التخصص:	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
تاريخ التعيين في الوزارة:	المسمى الوظيفي:
	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:

للاستعمال الرسمي:

البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:

نعم لا

لا

تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع: نعم لا

لا

تنسيب 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 المعدل .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
- سينت استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .