

الرقم
التاريخ
الموافق تعليم/بعثات / 4282
25/03/2024

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،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي طب الاسرة ببرنامج الزمالة في الرعاية التلطيفية في مركز الحسين للسرطان ولمدة عامين .

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

- 1- ان لايزيد عمر المرشح عن (45) عاماً .
- 2- ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الأردني او مايعادله .
- 3- ان يكون قد عمل في وزارة الصحة بعد حصوله على البورد لمدة لا تقل عن عامين .
- 4- احضار وثيقة من نقابة الأطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب طب اسرة بتاريخ حديث .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد 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

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريسات
مدير إدارة شؤون الموظفين

نسخة الى :-

- رئيس اختصاص طب الاسرة .
- مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

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 علمي): | |
| <input type="checkbox"/> دبلوم () | <input type="checkbox"/> بكالوريوس () |
| <input type="checkbox"/> دبلوم عالي () | <input type="checkbox"/> ماجستير () |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر) | مكان وتاريخ الحصول على الشهادة: |
| التخصص: | المسمى الوظيفي: |
| تاريخ التعيين في الوزارة: | 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: | |
| تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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 .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .