



الرقم 07/01/2024

التاريخ

الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزه  
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 الحاق عدد ( 2 ) من طبيبات الاشعة التشخيصية للالتحاق ببرنامج الزمالة في التصوير الشعاعي للثدي المنوي عقده في مركز الحسين للسرطان و لمدة عام كامل .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على طبيبات الاشعة التشخيصية التابعات لامركم والراغبات بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-

- ان لا يزيد عمر المرشحة عن 45 عاما .
- ان تكون الطبيبة قد امضت خدمة لا تقل عن سنتين كطبيبة اخصائية في وزارة الصحة .
- ان تكون حاصلة على البورد الاردني او ما يعادله .
- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيبة فيها كطبيبة اشعة بتاريخ حديث .
- التعهد بالعمل في اقليم الجنوب بعد انتهاء فترة التدريب .

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

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

مديرية التعليم والتدريب الطبي

مديرة/ مديرية التعليم والتدريب الطبي  
مديرة/ رئيس اختصاص الاشعة التشخيصية

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية  
المكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

وزارة الصحة  
نموذج طلب جعشة / 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"/> براد ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحاضرة:

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:
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تنسيب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	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 .