



تعليم/بعثات / 2707

الرقم 12/02/2024  
التاريخ  
الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزه  
مدير ادارة مستشفيات البشير  
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولية  
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات  
مدير مديرية صحة محافظة / لواء/ اقليم.....  
مدير مستشفى .....

تحية طبية وبعد ،،،

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدرب في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي ضمن برنامج الزمالة في اختصاص امراض الكلى ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على الاختصاصيين التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
2. ان يكون حاصلا على البورد الاردني او ما يعادله .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .
4. ان يكون الطبيب قد امضى خدمة لا تقل عن سنتين كطبيب أخصائي في وزارة الصحة .

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 تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة  
الأستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

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

الأمين العام للشؤون الإدارية والمالية  
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

طبرين مطوعه حسين عساف

2416025

المملكة الأردنية الهاشمية

ماقف: ٠٢٣٠ ٦٥٢٠٠٢٢٠ + فاكس: ٦٥٦٨٨٢٧٢ + ٩٦٢٢ م . ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن . الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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

المعلومات الشخصية	
الأب:	العائلة:
الاسم الأول:	
الاسم باللغة الإنجليزية:	
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"/> بـرد ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (افكر)	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 لمتنقة <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 المعطل .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعطل .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تبيئته حسب الأصول .