



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.....

الرقم .....  
التاريخ ..... تعليم/بشوات / 8617  
الموافق ..... 12/01/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من مقيمي الباطني وممن انهوا السنة الاولى بنجاح وهم في مستوى السنة الثانية في الوقت الحالي للتدرب في مستشفى الاميرة بسمة التعليمي في اختصاص امراض الدماغ والاعصاب ولمدة أربع سنوات ضمن برنامج الإقامة ، وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد العمر عن (45) عاما .
2. ان يكون باشر العمل في الوزارة قبل 2024/1/1 .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها بتاريخ حديث .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على مقيمي الباطني (ممن انهى السنة الاولى بنجاح وهو في مستوى السنة الثانية في الوقت الحالي) من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصل ترشيحاتكم خلال (5) خمسة أيام عمل من تاريخه ، وذلك على فاكس مديرية التعليم والتدريب الطبي رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

  
الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .  
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .  
نسخة/مدير البرنامج التدريبي لبرنامج امراض الدماغ والاعصاب الدكتور وليد بطيحة .

س ع

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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 عملي):	
<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحائز بها:

مكان العمل:	
المحافظة:	اسم مكان العمل:
<input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديونية فنانة <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	
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 تعينه حسب الأصول.