جائزة الملك عبدالله الثاني
لتميز الأداء الحكومي والشفافية
الدورة التاسعة
(2024/2023)

بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الصحة

الرقم .... تعليم/بعثات / 6422
التاريخ 21/04/2026
الموافق ....

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة................
مدير مستشفى ....

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/7/7 والمتضمن الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي لاختصاص امراض الدم والاورام في ادارة مستشفيات البشير بالتشاركية مع مركز سميح دروزة للاورام/مركز الحسين للسرطان اعتبارا من تاريخ 2025/7/1 .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالتدرب في ادارة مستشفيات البشير بالتشارك مع مركز سميح دروزة للاورام/مركز الحسين للسرطان في اختصاص امراض الدم والاورام ولمدة اربع سنوات وحسب الشروط التالية :-

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

وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .
علما بانه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .
كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر ولمدة سنة حال استنكافه .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/مدير مركز سميح دروزة للاورام .
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
س ف/س ع

[illegible] محمد حسين مصلحه

342757

وزارة الصحة

نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوظيفي (رقم الملف): ( )	الرقم الوطني:												

المعلومات الشخصية

الاسم الأول :	الأب :	العائلة :
الاسم باللغة الإنجليزية :		
تاريخ الميلاد:		عنوان السكن:
رقم الهاتف الخلوي:	رقم هاتف المنزل:	الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي) :

☐ دبلوم ( )	☐ بكالوريوس ( )	☐ دكتوراه ( )
☐ دبلوم عالي ( )	☐ بورد ( )	☐ ماجستير ( )
☐ غير ذلك(اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:	
التخصص:	المسمى الوظيفي:	
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحالية:	

مكان العمل :	اسم مكان العمل :
المحافظة:	رقم الهاتف:
☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية	

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :

تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا تنسيب المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل : ☐ نعم ☐

اسم مقدم الطلب والتوقيع : التاريخ:

ملاحظات :

١. يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .
٢. صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل .
٣. صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
٤. سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعبئته حسب الأصول .