

جائزة الملك عبدالله الثاني

لتميز الأداء الحكومي والشفافية

الدورة التاسعة
(2024/2023)

وزارة الصحة



وزارة الصحة

الرقم

تعليم/بعثات / 11459

التاريخ

27/07/2025

الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفى 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 خلال العام حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/مدير مركز سميح دروزة للاورام .
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .

س ع

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

[illegible]

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

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

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :	
البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :	تنسيق الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا تنسيق المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا
التاريخ :	اسم مقدم الطلب والتوقيع :

لاحظات :

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. استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .