



الرقم

التاريخ

تعليم/بعثات / 11529

الموافق

04/08/2024

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولية
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة
مدير مستشفى

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى كتاب المجلس الطبي الاردني رقم م ج ا/ 6526/21 تاريخ 2024/7/21 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في امراض الدماغ والاعصاب عند الاطفال في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير كوحدة واحدة اعتبارا من 2024/7/1 .
أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الاطفال للتدريب في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير في اختصاص امراض الدماغ والاعصاب عند الاطفال ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الاطفال التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
 2. ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
 3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .
- على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بالناماذج 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

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/رئيس اختصاص طب الاطفال .
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

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"/> بـررد ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر)	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 صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية	

أرغب بالالتحاق في:

تتصيب الرئيس المباشر مع التوقيع:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تتصيب 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 .