



الرقم

التاريخ

الموافق تعليم/بعثات /11526

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/5544/21 تاريخ 2024/7/9 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في الامراض الصدرية في ادارة مستشفيات البشير اعتبارا من 2024/7/1 .

ارجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص الامراض الصدرية ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني 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 بالتماذج 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 الجهوري

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

س ع

المملكة الاردنية الهاشمية

هاتف: +962 6 520 0023 فاكس: +962 6 568 8273 ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

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"/> إمداد ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر)	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	

ارغب بالالتحاق في:

تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:	
<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 المعدل.
 - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل.
 - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعيينه حسب الأصول.