



الرقم

تعليم/بعثات / 3242

التاريخ

03/03/2025

الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفىـــات النيشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولية
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة محافظة / لواء/ اقليم

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصي الاشعة التشخيصية للتدرب في الخدمات الطبية الملكية وحسب المدة والمواضيع التالية :

| الرقم | موضوع التدريب | مدة التدريب |
|-------|-----------------------------|-------------|
| 1 | اشعة العظام والعضلات | سنة |
| 2 | اشعة الدماغ والاعصاب | سنتان |
| 3 | اشعة الاطفال | سنة |
| 4 | اشعة التصوير التلفزيوني | سنة |
| 5 | اشعة تصوير الجسم والبطن | سنة |
| 6 | اشعة تصوير القلب والشرابيين | سنة |

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصي الاشعة التشخيصية من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب وحسب الشروط التالية :-

- 1- ان لا يتجاوز العمر عن 45 عاما.
 - 2- ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
 - 3- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لاتقل عن سنتين كطبيب اخصائي في الوزارة .
 - 4- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي بتاريخ حديث .
- على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي يعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه خمسة ايام عمل من تاريخه على فاكس 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 الاشعة التشخيصية .

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 علمي): | |
| <input type="checkbox"/> دبلوم () | <input type="checkbox"/> بكالوريوس () |
| <input type="checkbox"/> دكتوراه () | <input type="checkbox"/> ماجستير () |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك (افكر) | 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"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية | رقم الهاتف: |

ارغب بالالتحاق في: _____

| | |
|--|---|
| للاستعمال الرسمي: | |
| البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل: | 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 |
| التاريخ: | اسم مقدم الطلب والتوقيع: |

- 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 تعينه حسب الأصول.