



وزارة الصحة

الرقم ط/ص/ب/٢٠٢١/٢٢٧

التاريخ

٢٠٢٣ / ١٢ / ١٥

الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير إدارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم.....
مدير مستشفى.....

تحية طيبة وبعد،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني رقم (١١١) لعام ٢٠٢١ والخاص بالموافقة على الاعتراف بقسم العناية الحثيثة للكبار في وزارة الصحة / ادارة مستشفيات البشير .

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق اختصاصيي باطني واختصاصيي جراحة عامة واختصاصيي التخدير والعناية المركزة واختصاصيي طب الطوارئ والحوادث للتدرب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص العناية الحثيثة للكبار ولمدة سنتين.

للتكريم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني واختصاصيي الجراحة العامة واختصاصيي التخدير والعناية المركزة واختصاصيي طب الطوارئ والحوادث التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التدريب المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-
١- ان لايزيد عمر المرشح عن (٤٥) عاماً من تاريخ ٢٠٢٣/١/١ .
٢- ان يكون حاصلاً على البورد الاردني او العربي في الاختصاص .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصلاني طلباتكم خلال اسبوع من تاريخه ، وذلك على فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسياً وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

وزير الصحة

الأستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام
للشؤون الإدارية والفنية المكلف
الدكتور عماد ابو يقين

نسخة الى :-

- رئيس اختصاص الباطني .
- رئيس اختصاص التخدير والعناية المركزة .
- رئيس اختصاص الجراحة العامة .
- رئيس اختصاص طب الطوارئ والحوادث

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٠٢٣٠٠٢٥٢٦٥٢٦٦٢٧ فاكس: ٩٦٢٦٥٦٨٨٣٧٣ 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"/> دكتوراه ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (الذكر)	<input type="checkbox"/> ماجستير ()
التخصص:	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
تاريخ التعيين في الوزارة:	المسمى الوظيفي:
	الدرجة الحالية:

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