



وزارة الصحة

الرقم تعليم البعثات ١٦٠٤٢

التاريخ

الموافق ١١/١٢/٢٠٢٢

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

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق اختصاصي جراحة عامة للتدريب في الخدمات الطبية الملكية ومستشفى الجامعة الاردنية حسب المكان والمدة والمواضيع التالية :-

الرقم	موضوع البعثة	مدة التدريب	مكان التدريب
١-	جراحة الاوعية الدموية	(٣) سنوات للحصول على متطلبات المجلس الطبي الاردني	الخدمات الطبية الملكية
٢-	جراحة الغدد الصماء وال عنق	سنة	مستشفى الجامعة الاردنية

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصي الجراحة العامة من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التدريب المذكور اعلاه ، بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق بعد تحديد التخصص المطلوب على ان يكون قد امضى خدمة مدة عامين على الاقل كطبيب اختصاص جراحة عامة في الوزارة وان لا يزيد عمر الطبيب عن ٤٠ عاما لتخصص جراحة الاوعية الدموية ، وان لا يزيد عن ٤٥ عاما لاختصاص جراحة الغدد الصماء وال عنق على ان تصل طلباتكم خلال اسبوعين من تاريخه على فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم ( ٥٠٥٧٤٩٨ ) ، ل يتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة الوزارة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والمالية  
الدكتورة الهام عبد الرحمن حريسات

نسخه / رئيس اختصاص الجراحة العامة

ص ١

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٠٢٣٠٠٢٥٢٦٦٢٢٠ فاكس: ٠٢٣٧٣٨٨٦٥٦٦٢٦٠٢٣ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	( )
الرقم الوطني:	( )

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
الاسم باللغة الإنجليزية:	العائلة:
تاريخ الميلاد:	رقم الهاتف الخليوي:
رقم الهاتف المنزلي:	رقم هاتف المنزل:
عنوان السكن:	الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل عملي):	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )	<input type="checkbox"/> دكتوراه ( )
<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )	<input type="checkbox"/> ماجستير ( )
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )	<input type="checkbox"/> ماجستير ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:	المسمى الوظيفي:
التخصص:	الدرجة الحالية:	تاريخ التعيين في الوزارة:

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: \_\_\_\_\_

للاستعمال الرسمي:	التاريخ:
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع: <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:	

- ملاحظات:
- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .
  - صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل .
  - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
  - مستند استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .