



وزارة الصحة

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

الرقم
التاريخ
الموافق

تعليم/بعثات / 4996

30/03/2026

تحية طيبة وبعد ،،،

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الجراحة العامة للتدريب حسب
المدة والمواضيع والاماكن التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1.	جراحة القولون	الخدمات الطبية الملكية	ثلاث سنوات
2.	جراحة الغدد الصماء	مستشفى الجامعة الأردنية	سنتان
3.	جراحة الاورام	مركز الحسين للسرطان	ثلاث سنوات

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الجراحة العامة 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 لا تقل عن سنتين كطبيب اخصائي في الوزارة .
- 4- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي بتاريخ حديث .

وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الأصول في موعد أقصاه
خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الأسس
المتبعة في وزارة الصحة .

علما بأنه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من أي بعثة
الإ بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .

كما يرجى التأكيد على الأطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث أنه وبعد صدور كتاب
الموافقة على إحقاق الطبيب لن يتم ترشيحه لأي برنامج آخر ولمدة سنة حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص الجراحة العامة .
من ع

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / ليرة

الرقم الوطني:	الرقم ()
---------------	-----------

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"/> بـ ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر)	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:

للاستعمال الرسمي:	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<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:	

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