



وزارة الصحة

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

الرقم .....تعليم/بعثت./14555  
التاريخ .....11/09/2024  
الموافق .....

تحية طيبة وبعد ،،،  
يرجى العلم بان وزارة الصحة تزغب بالحق عدد من اختصاصيي الجراحة العامة للتدريب حسب المكان والمدة والمواضيع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	جراحة القلب	الخدمات الطبية الملكية	3 سنوات
2	جراحة التجميل		3 سنوات
3	جراحة الاورام	مركز الحسين للسرطان	3 سنوات
4	جراحة الغدد الصماء والعنق	مستشفى الجامعة الاردنية	سنة واحدة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الجراحة العامة من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب 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/جراحة عامة.في الوزارة .
- 4- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي/جراحة عامة بتاريخ حديث .

على ان ترد ترشيحاتكم الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بعد 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/رئيس اختصاص الجراحة العامة .  
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم الوطني:	( )	الرقم الوظيفي (رقم الملف):
---------------	---------------	-----	----------------------------

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

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	
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 تعينه حسب الأصول .