



وزارة الصحة

الرقم / إقليم / ب.م.أ. / ١.٩٣٥

التاريخ

الموافق ١٦ / ١١ / ٢٠٢٢

مدير عام مستشفى الامير حمزه  
مدير ادارة مستشفيات البشير  
مدير مديرية صحة محافظة / لواء.....  
مدير مستشفى.....

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصي العيون للتدريب في الخدمات الطبية الملكية بموضوع داء الزرق Glaucoma ولمدة سنة وضمن الشروط التالية :-

١- ان يكون قد مضى سنتين على الاقل على حصوله على شهادة البورد الاردني في اختصاص العيون .

٢- ان لا يتجاوز عمر المرشح عن ٤٥ عاما .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصي العيون من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه ، بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصل طلباتكم خلال اسبوعين من تاريخه وعلى فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسيا وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .  
علما بانه من سيتم الحاقه سيكون مكان عمله بعد الانتهاء من التدريب في مستشفى الاميرة بسمة التعليمي او ادارة مستشفيات البشير او مستشفى الكرك الحكومي او اي مستشفى تقتضيه مصلحة العمل .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والطنية  
المكتورة البهاء عبد الرحمن خريسات

نسخه / مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات .  
نسخه / مدير إدارة الرعاية الصحية الاولى .  
نسخه / مديريةية التعليم والتدريب الطبي .  
رئيس اختصاص العيون .

٥٦٩

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: +٩٦٢ ٦٥٢٠٠٢٣٠ فاكس: +٩٦٢ ٦٥٨٨٣٧٣ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / ليرة

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"/> بكالوريوس ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر)	<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:
--------------------

تلاستعمال 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 المعطل .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعطل .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .