



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 تعليم/بعثات / 1242
الموافق 19/01/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2024/7/9 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في امراض القلب والشرابين في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير كوحدة واحدة .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدرب في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير في اختصاص امراض القلب والشرابين ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
2. ان يكون الطبيب حاصلا على البورد الاردني او ما يعادله .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .

على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بالناماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهوارى

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
س ع

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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

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