

الرقم .....

التاريخ .....

الموافق .....

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

تعليم/بعثات / 10899

28/07/2024

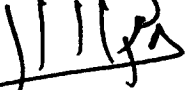
تحية طيبة وبعد ،،،

لاحقا للكتاب رقم تعليم/بعثات/7280 تاريخ 2024/7/1 .  
واشارة الى كتاب المجلس الطبي الاردني رقم م ج ا/6527/21 تاريخ 2024/7/21 بخصوص الموافقة  
على اعتماد البرنامج التدريبي في امراض القلب والشرابين في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات  
البشير كوحدة واحدة .  
ارجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب 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 حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
  3. احضار وثيقة من نقابة اطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .
- على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج 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 الهواري



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





وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل عملي):	<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )	<input type="checkbox"/> دكتوراه ( )
	<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> برورد ( )	<input type="checkbox"/> ماجستير ( )
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:
تسبب الرخيص المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

يستم استثناء طلب البعثة  
في حالة عدم ارضائه ورقة  
تبايرت حسب

- ملاحظات:
1. يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المنفدية.
  2. صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل.
  3. صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل.
  4. سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعيينه حسب الأصول.