



وزارة الصحة

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

الرقم
التاريخ
الموافق

13433 / تعليم/بعثات

02/08/2026

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/7/7 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في اختصاص طب الخداج وحديثي الولادة في مستشفى الاميرة رحمة التعليمي اعتبارا من 2025/7/1

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الاطفال للتدرب في مستشفى الاميرة رحمة التعليمي في اختصاص طب الخداج وحديثي الولادة ولمدة ثلاث سنوات .
للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الاطفال 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 أطفال بتاريخ حديث .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .
- علما بأنه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .
- كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر خلال العام حال استنكافه .
- وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات / د. ابراهيم الشهابات .
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي / د. اسماء رباحه .
نسخة/رئيس اختصاص طب الاطفال .
س ق/س ع

28 تموز، 2026

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

[illegible]

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

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل علمي):		☐ دبلوم	☐ بكالوريوس	☐ دكتوراه	()
		☐ دبلوم عالي	☐ براد	☐ ماجستير	()
غير ذلك (اذكر)		مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:			
التقدم من:		المسمى الوظيفي:			
تاريخ التعيين في الوزارة:		الدرجة الحالية:			

مكان العمل :	
اسم مكان العمل :	المحافظة :
رقم الهاتف :	☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :	
البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :	تنسيق الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا
التاريخ :	تنسيق المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا
اسم مقدم الطلب والتوقيع :	

ملاحظات :

- ١ - يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .
- ٢ . صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل .
- ٣ . صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
- ٤ . استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .