



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

الرقم
التاريخ
الموافق
تعليم/بعثات / 6144
23/05/2024

تحية طيبة وبعد ،،،
يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصي طب وجراحة العيون للتدريب وحسب
المكان والمدة والموضوع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	جراحة الشبكية والسائل الزجاجي / Vitreoretinal Surgery	الخدمات الطبية الملكية مستشفى الجامعة الاردنية مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي	سنة
2	جراح الجلوكوما (الزرق) / Glaucoma Surgery	الخدمات الطبية الملكية	سنة
3	اورام العين	مركز الحسين للسرطان	سنة
4	امراض القرنية والجراحة الانكسارية Cornea & refractive surgery	الخدمات الطبية الملكية مستشفى الجامعة الاردنية	سنة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي جراحة العيون 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 المتقدم قد امضى خدمة لا تقل عن سنتين كطبيب اختصاص في الوزارة .
 - 3- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .
- على ان ترد ترشيحاتكم الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بعد تعيينتها 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 طب العيون .
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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

مكان العمل:	
الاسم مكان العمل:	الحافظة:
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:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	تعيين الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	تعيين المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التاريخ:	اسم مقدم الطلب و التوقيع:

هـ. سيتم استمارة الطلب في حالة عدم ارتفاع درجة تسجيل نقابة بتاريخ شهر

- 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