



وزارة الصحة

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
3244 / تعليم/ بطنات
03/03/2025

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

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	جراحة الشبكية والسائل الزجاجي	الخدمات الطبية الملكية	سنتان
2	جراحة عيون الاطفال والحول	الخدمات الطبية الملكية الجامعة الاردنية	سنة
3	امراض وجراحة القرنية	الخدمات الطبية الملكية	سنة
4	جراحة الجلوكوما (الزرق)	الخدمات الطبية الملكية	سنة
5	تجميل العيون وحجر العين	الجامعة الاردنية	سنة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصي 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 حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
 - 3- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لاتقل عن سنتين كطبيب اخصائي في الوزارة .
 - 4- احضار وثيقة من نقابة اطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي بتاريخ حديث .
- على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بعد تعبئتها 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/ مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/ نيس اختصاص طب العيون .

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 عملي):	
<input type="checkbox"/> دبلوم ()	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ()
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ()	<input type="checkbox"/> بـ ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	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:
تتعبيد الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تتعبيد 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 المنقبة.
- صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعطل.
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعطل.
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعبئته حسب الأصول.