

جائزة الملك عبدالله الثاني  
لتميز الأداء الحكومي والشأنية  
الدورة التاسعة  
(2024/2023)



## وزارة الصحة

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 / 2700  
الموافق .....  
18/02/2025

تحية طبية وبعد ،،،،  
أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي جراحة العظام والمفاصل للتدريب  
ولمدة سنة واحدة وحسب المواضيع والاماكن التالية :

مكان التدريب	موضوع التدريب	الرقم
الخدمات الطبية الملكية مستشفى الجامعة الاردنية	جراحة مفاصل صناعية	.1
	جراحة عظام اطفال	.2
الخدمات الطبية الملكية	جراحة حوض وكسور متقدمة	.3
	جراحة طب راضي ومناظير	.4
الخدمات الطبية الملكية مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي	جراحة أورام عظام	.5
	جراحة القدم والكاحل	.6
مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي	جراحة يد وطرف علوي	.7

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي جراحة العظام والمفاصل 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 لا تقل عن سنتين كطبيب اخصائي في الوزارة .
  - 4- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي 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

1111

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .  
نسخة/رئيس اختصاص جراحة العظام والمفاصل .

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم الوطني:
---------------	---------------

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"/> بـررد
<input type="checkbox"/> غير ذلك (افكر)	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"/> مثيرية منتحة	<input type="checkbox"/> مديرية مركزية

ارغب بالالتحاق في:

تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تتسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

- 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 .