



وزارة الصحة

الرقم نصايح / رصان / ٥٥٨٠

التاريخ

الموافق ٢٠٢٢ / ٦ / ٩

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير مديرية صحة محافظة / لواء.....
مدير مستشفى.....

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي طب الاطفال للتدريب لمدة سنة لغايات الحصول على الاختصاص الفرعي وحسب المواضيع والاماكن التالية :-

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
١-	قلب اطفال	الخدمات الطبية الملكية / مركز الملكة علياء
٢-	غدد اطفال	مستشفى الامير حمزه + ادارة مستشفيات البشير
٣-	الجهاز الهضمي للاطفال	مستشفى الامير حمزه + الخدمات الطبية الملكية
٤-	تنفسية اطفال	مستشفى الجامعة الاردنية
٥-	الخداج للاطفال	مستشفى الجامعة الاردنية + ادارة مستشفيات البشير
٦-	الامراض الاستقلابية	الخدمات الطبية الملكية
٧-	مناعة الاطفال	الخدمات الطبية الملكية
٨-	دم اطفال	الخدمات الطبية الملكية
٩-	كلى اطفال	مستشفى الامير حمزه

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الاطفال من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب شريطة ان لا يتجاوز العمر عن ٤٥ عاما وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه اسبوع من تاريخه على فاكس رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الادارية والفنية
المكتورة نهال عبد الرحمن خريسات

نسخة / رئيس اختصاص طب الاطفال

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠٦٥٢٢ + فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣٦٩٦٢ + ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / ثورة

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

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
الاسم باللغة الإنجليزية:	
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"/> بـورد ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحالية:

مكان العمل:	
المحافظة:	اسم مكان العمل:
<input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية	رقم الهاتف:

ارغب بالالتحاق في:

للاستعمال الرسمي:	
تسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تسبب المدير المعني مع التوقيع: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

التاريخ:

اسم مقدم الطلب والتوقيع:

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 .