



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
تعليم/بعثات / 21608
الموافق 21/12/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2024/7/9 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في امراض الدماغ والاعصاب عند الاطفال في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير كوحدة واحدة اعتبارا من 2024/7/1 .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الأطفال للتدرب في مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير في اختصاص امراض الدماغ والاعصاب عند الاطفال ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الأطفال 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 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 بانه 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 ولمدة سنة حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،،،

وزير الصحة
الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص الاطفال .

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

[illegible]

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

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

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 :	

بلاذظلات :

- 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 - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعبئته حسب الأصول .