



وزارة الصحة

الرقم

التاريخ

تعليم/بعثات / 2568

16/02/2025

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

تحية طيبة وبعد ،،،،

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الاطفال للتدريب ولمدة سنة واحدة وحسب المواضيع والاماكن التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
1.	امراض الجهاز الهضمي للاطفال	مستشفيات الخدمات الطبية الملكية
2.	الامراض الاستقلابية	
3.	الامراض المناعية	
4.	امراض الكلى	
5.	امراض الدم والاورام	
6.	الامراض التنفسية للاطفال	مستشفى الجامعة الاردنية

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الاطفال 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 اطباء 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 ايام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،،

وزير الصحة

11/11/25

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

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

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / ليرة

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 عملي):	ديبلوم ()	بكالوريوس ()	دكتوراه ()
	ديبلوم عالي ()	بـرد ()	ماجستير ()
	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:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <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 المعدل .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .