



الرقم

التاريخ

تعليم/بعثات / 6315

28/05/2024

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

تحية طبية وبعد ،،،

اشارة الى كتاب المجلس الطبي الاردني رقم م ج ا/ 2422/21 تاريخ 2020/6/10 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في جراحة الترميم والتجميل في ادارة مستشفيات البشير .

ارجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الجراحة العامة للتدرب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص جراحة الترميم والتجميل ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الجراحة العامة التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
2. ان يكون الطبيب حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
3. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .

على ان ترد ترشيحاتكم 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 الداخلية ووزير الصحة بالوكالة

مازن عبد الله الفرايه

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية
المكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

رئيس اختصاص الجراحة العامة .
نسخة مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
س ع

س ع

سج مسد احد طيب

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٠٢٣٠ ٥٢٠٠٢٣٠ ٩٦٢٦ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٩٦٢٦ ص.ب: ٤٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

2512315

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):	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ()	<input type="checkbox"/> دكتوراه ()
	<input type="checkbox"/> ماجستير ()	<input type="checkbox"/> دكتوراه ()
	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ()	<input type="checkbox"/> ماجستير ()
	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ()	<input type="checkbox"/> ماجستير ()
مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:		
التخصص:		
تاريخ التحين في الوزارة:		
الدرجة الحالية:		
المسمى الوظيفي:		

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:	البيعة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم
<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 تحفته حسب الأصول.