



الرقم

التاريخ

تعليم/بعثات / 17473

الموافق

14/11/2024

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفى البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة محافظة / لواء/ اقليم.....
مدير مستشفى

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الطب النفسي للتدريب ولمدة سنة واحدة حسب المكان والمواضيع التالية :

رقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
1.	اختصاص كبار السن	الخدمات الطبية الملكية
2.	الطب النفسي الاستشاري	مركز الحسين للسرطان
3.	الطب النفسي للاطفال	الخدمات الطبية الملكية مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الطب النفسي 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 حاصلا 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 ترشيحاتكم الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه خمسة ايام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/رئيس اختصاص الطب النفسي .
نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

س ع

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"/> دبلوم ()	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ()
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ()	<input type="checkbox"/> بـ ()
<input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحالية:

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 : _____

تتسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :
تتسيب المدير المعني مع التوقيع : <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 المدنية .
 - صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعطل .
 - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعطل .
 - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .