



الرقم / تعليم / إقبال / ٦١٤٢

التاريخ

الموافق ١٨ / ٦ / ٢٠٢١

مدير عام مستشفى الأمير حمزة
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 الاشعة التشخيصية للتدريب وحسب المكان والمدة والمواضيع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	اشعة اطفال/ Pediatric Imaging	الخدمات الطبية الملكية	سنة اشهر
2	اشعة تدخيلية/ Interventional Imaging	الخدمات الطبية الملكية	سنتان
3	اشعة تصوير الجسم (طبيقي +رنين مغناطيسي)	الخدمات الطبية الملكية	سنة اشهر
4	اشعة العظام والعضلات	الخدمات الطبية الملكية	سنة
5	اشعة الجملة العصبية والرأس والعنق	الخدمات الطبية الملكية	سنة
6	التصوير التلفزيوني الملون والتدخلات الموجهة بالالتراساوند	الخدمات الطبية الملكية	سنة اشهر
7	تصوير القلب والشرابين الطبي	الخدمات الطبية الملكية	سنة
8	التصوير الشعاعي للنساء Women Imaging	مركز الحسين للسرطان او مستشفى الجامعة الاردنية او مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي	سنة
9	تصوير الثدي Breast Imaging	مركز الحسين للسرطان او مستشفى الجامعة الاردنية او مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي	سنة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الاشعة التشخيصية من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب وحسب الشروط التالية :-

- 3- ان لا يتجاوز العمر عن 45 عاما.
 - 4- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لائق عن سنتين كطبيب اختصاص في الوزارة .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه اسبوع 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

الأمين العام للشؤون الإدارية والمالية

المملكة الأردنية الهاشمية

المملكة الأردنية الهاشمية

نسخة / رئيس اختصاص الاشعة التشخيصية

س م

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

مكان العمل:	اسم مكان العمل:
المحافظة:	رقم الهاتف:
☐ مركز صحي	☐ مديرية صحة
☐ مستشفى	☐ مديرية مركزية

ارغب بالالتحاق في:

للاستعمال الرسمي:	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل:
تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع: ☐ نعم	☐ لا
تتسبب المدير المعني مع التوقيع: ☐ نعم	☐ لا
اسم مقدم الطلب والتوقيع:	التاريخ:

ملاحظات:

- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .
- صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعمل .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعمل .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم توافقه حسب الأصول .