بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الصحة

جائزة الملك عبدالله الثاني
لتميز الأداء الحكومي والشفافية
الدورة التاسعة
(2024/2023)

الرقم .....
التاريخ تعليم/بعثات / 1876
الموافق 29/01/2025

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

تحيـة طيبـة وبعـد ،،،

اشـــارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2024/6/11 بخصـــوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في اختصاص الامراض الصدرية في ادارة مستشفيات البشير .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصـــحة ترغب بالحاق عدد من اختصـــاصـــيي الباطني للتدرب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص الامراض الصدرية ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصـاصـيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاسـتفادة من التخصـص 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 .

على ان ترد الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حســب الاصـــول في موعد أقصـــاه خمســـة أيام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافســيا حســب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلـوا بقبـول فائـق الاحتـرام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
س ع

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة

نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوظيفي (رقم الملف): ( ) | الرقم الوطني:

المعلومات الشخصية

الاسم الأول : | الأب : | العائلة :

الاسم باللغة الإنجليزية :

تاريخ الميلاد: | عنوان السكن:

رقم الهاتف الخلوي: | رقم هاتف المنزل: | الحالة الاجتماعية:

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل عملي) :

☐ دبلوم ( ) | ☐ بكالوريوس ( ) | ☐ دكتوراه ( )

☐ دبلوم عالي ( ) | ☐ بورد ( ) | ☐ ماجستير ( )

☐ غير ذلك(اذكر) | مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:

التخصص: | المسمى الوظيفي:

تاريخ التعيين في الوزارة: | الدرجة الحالية:

مكان العمل :

المحافظة: | اسم مكان العمل :

☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية | رقم الهاتف:

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :

تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا | البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :

تنسيب المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا | ☐ نعم ☐ لا

التاريخ:

اسم مقدم الطلب والتوقيع :

ملاحظات :

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 .