

جائزة الملك عبدالله الثاني
لتميز الأداء الحكومي والشغافية
للدورة الثامنة
(2024/2023)



وزارة الصحة

الرقم
تعليم/بعثات / 3766
التاريخ
16/03/2025
الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات 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 اختصاصي النسائية والتوليد للتدريب وذلك حسب المكان والمدة والمواضيع التالية :

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	Urogynecology	الخدمات الطبية الملكية	سنة
2	Gynaecological Oncology	مركز الحسين للسرطان	ثلاث سنوات
3	Fetomaternal Medicine	الجامعة الاردنية	سنة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصي النسائية والتوليد من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب 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 الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اخصائي بتاريخ حديث .
- على ان ترد الطلبات 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/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص النسائية والتوليد .
م ع

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	()	الرقم الوطني:	()																	
------------------	-----	------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المعلومات الشخصية		الاسم الأول:		الاب:		العائلة:	
الاسم باللغة الإنجليزية:		تاريخ الميلاد:		رقم هاتف المنزل:		عنوان السكن:	
رقم الهاتف الخليوي:		الحالة الاجتماعية:					

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

مكان العمل:		المحافظة:	
اسم مكان العمل:	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 :	تتسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التاريخ:	تتسيب المدير المعني مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	اسم مقدم الطلب والتوقيع :

- 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 .