

المملكة الأردنية الهاشمية  
وزارة الصحة  
مديرية التعليم والتدريب الطبي  
طلب تدريب

اسم الطالب / المتدرب:-----	تاريخ الميلاد:----- / /
الرقم الوطني	الجامعة / الكلية:-----
المؤهل العلمي:-----	التخصص:-----
الجهة الموفدة (إن وجدت) مع إرفاق كتاب الإيفاد:-----	
عدد سنوات الدراسة:-----	السنة الدراسية الحالية للطلبة:-----
مكان التخرج:-----	سنة التخرج:-----
رقم الموبايل:-----	

أنا الموقع ادناه ..... أرجو السماح لي بالتدرب في المؤسسات التدريبية التابعة لوزارتكم وتحت اشراف مباشر في مديرية / مستشفى / مختبر / مركز صحي ..... قسم ..... ولمدة ----- شهر أو أسبوع بواقع ----- يوم / اسبوعياً اعتباراً من تاريخ المباشرة .

وأتعهد بالتقيد بكافة الانظمة والقوانين والتعليمات المعمول بها في وزارة الصحة كما واتعهد بتحمل كافة النفقات التي ستترتب جراء أي عطل او تلف يحدث بسببي اثناء التدريب كما أنني على علم بأن الوزارة تحتفظ بحقها بإنهاء تدريبي ودونما إبداء الأسباب.

الاسم التوقيع التاريخ

■ رأي المسؤول المباشر عن مكان التدريب: -  موافق  غير موافق  يؤجل التدريب لحين توفر شواغر

في حال الموافقة يحدد المشرف على المتدرب (بذكر الاسم): - ..... الختم الرسمي

الوثائق المطلوب إحضارها من الخريجين طالبي التدريب

- ١- صورة مصدقة عن المؤهل العلمي ومعادلة إذا كانت بحاجة لمعادلة
- ٢- صورة مصدقة عن تصريح مزاوله المهنة
- ٣- صورة مصدقة عن تسجيل النقابة
- ٤- هوية الأحوال المدنية سارية المفعول للأردني
- ٥- كتاب إنهاء الإمتياز للأطباء
- ٦- كتاب لايعمل في ملاك وزارة الصحة

\*\*\* ملاحظة / التدريب مقابل رسوم يتم تحديدها واستيفاؤها عن طريق مديرية التعليم والتدريب الطبي كل شهر ٩٣,٧٥٠ ثلاثة وتسعون ديناراً وسبعمئة وخمسون فلساً أو على حساب الإتفاقيات

الوثائق المطلوب إحضارها من الخريجين طالبي التدريب

- ١- صورة مصدقة عن المؤهل العلمي ومعادلة إذا كانت بحاجة لمعادلة
- ٢- صورة مصدقة عن تصريح مزاوله المهنة
- ٣- صورة مصدقة عن تسجيل النقابة
- ٤- هوية الأحوال المدنية سارية المفعول للأردني
- ٥- كتاب إنهاء الإمتياز للأطباء
- ٦- كتاب لايعمل في ملاك وزارة الصحة

\*\*\* ملاحظة / التدريب مقابل رسوم يتم تحديدها واستيفاؤها عن طريق مديرية التعليم والتدريب الطبي كل شهر ٩٣,٧٥٠ ثلاثة وتسعون ديناراً وسبعمئة وخمسون فلساً.