



وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| المعلومات الشخصية         |                     |
| الاسم الأول :             | الأب :              |
| الاسم باللغة الإنجليزية : | العائلة :           |
| تاريخ الميلاد :           | عنوان السكن :       |
| رقم الهاتف الخاص :        | 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"/> ماجستير   |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكر) | <input type="checkbox"/> دكتوراه   |
| مكان وتاريخ الحصول على الشهادة :        |                                    |
| المسمى الوظيفي :                        | الدرجة الحالية :                   |
| تاريخ التعيين في الوزارة :              |                                    |

|                                                                                                                                              |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| مكان العمل :                                                                                                                                 |                  |
| المحافظة :                                                                                                                                   | اسم مكان العمل : |
| <input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية | رقم الهاتف :     |

|                     |
|---------------------|
| ارغب بالالتحاق في : |
|---------------------|

|                                                                                            |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تلاستعمال الرسمي :                                                                         |                                                                                                  |
| تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| تتسبب المدير المعني مع التوقيع : <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 المعدل .
  - صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
  - سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعيينه حسب الأصول .



الرقم **تعليمات ٥٠٨٣**

التاريخ

الموافق **١٥/١١/٢٠٢٠**

مدير عام مستشفى الامير حمزة

مدير ادارة مستشفيات البشير

مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات

مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم

مدير مستشفى

تحية طيبة وبعد،،،

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدرب في المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثية في اختصاص امراض الغدد الصم والسكري ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التدريب المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-

- ١- ان لايزيد عمر المرشح عن (٤٥) عاماً .
- ٢- ان يكون حاصلاً على البورد الأردني او مايعادله .
- ٣- ان يكون قد عمل في وزارة الصحة بعد حصوله على البورد لمدة لا تقل عن سنتين .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصلني طابا تكم خلال خمسة أيام عمل من تاريخه ، وذلك على فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسياً وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

وزير الصحة

الأستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

نسخة الى :-

رئيس اختصاص الباطني .

الأمين العام للشؤون الإدارية والمالية

المكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

الملكية الأردنية الهاشمية

هاتف: +٩٦٢ ٦٥٢٠٠٢٣٠ فاكس: +٩٦٢ ٦ ٥٦٨٨٣٧٣ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن . الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo