



وزارة الصحة

مدير عام مستشفى الامير حمزه
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة
مدير مستشفى

الرقم تعليم/بعثات / 12003

التاريخ 29/07/2025

الموافق

.....

.....

تحية طيبة وبعد ،،،
اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/4/27 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج
التدريبي في اختصاص الامراض الصدرية في ادارة مستشفيات البشير ومستشفى الامير حمزة اعتبارا من
2025/7/1 .

ارجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدرب في ادارة
مستشفيات البشير ومستشفى الامير حمزة في اختصاص الامراض الصدرية ولمدة ثلاث سنوات .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص
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 .

وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه
خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس
المتبعة في وزارة الصحة .

علما بانه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة
الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .

كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب
الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر خلال العام حال استنكافه .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهولاري

نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
س ع

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

نموذج طلب بعثة / توره

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

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

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

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

ارغب بالالتحاق فـي :

التوقيع : _____ التاريخ : _____	
تقييم المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	تقييم الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا
البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل : ☐ نعم ☐ لا	
للاستعمال الرسمي :	

ملاحظات :

١. يرفع 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 الطالب في حالة عدم تفيته حسب الأصول .

٤. سيقم استثناء الطالب في حالة عدم تلبية شرط
٥. استثناء من شرطه، لئلا يتركه تحت الطلب من أجله، كما ورد في الحديث.