



وَزَايِرَةُ الصَّحَرَاتِ

**مدير عام مستشفى الامير حمزه**  
**مدير ادارة مستشفىــــــــــــات البشير**  
**مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات**  
**مدير مديرية صحة.....**  
**مدير مستشفى.....**

الرقم .....  
التاريخ .....  
الموافق .....  
تعليم/بعضات / 17566  
01/10/2025

تحية طيبة وبعد ،،،  
اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/7/7 والمتضمن الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي لاختصاص امراض الدم والاورام في ادارة مستشفيات البشير بالتشاركية مع مركز سميح دروزة للاورام/مركز الحسين للسرطان اعتبارا من تاريخ 2025/7/1 .

للتكريم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني التابعين لامركم والراغبين بالتدرب في ادارة مستشفيات  
البشير بالتشارك مع مركز سميح دروزة للاورام/مركز الحسين للسرطان في اختصاص امراض الدم  
والاورام ولمدة اربع سنوات 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 ولمدة سنة حال استنكافه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة  
١٤١  
الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مركز سميح دروزة للاورام .  
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .  
س ع

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

|               |       |
|---------------|-------|
| الرقم الوطني: | الرقم |
|---------------|-------|

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

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

|                                                                                                                                              |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| مكان العمل :                                                                                                                                 | اسم مكان العمل : |
| المحافظة :                                                                                                                                   | 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 :                  |
| تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <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 تعينه حسب الأصول .