



وزارة الصحة

مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولية
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة.....
مدير مستشفى.....

الرقم
التاريخ تعليم/بعثات / 12007
الموافق 29/07/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/7/7 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في اختصاص جراحة الكبد والبنكرياس والقنوات المرارية في ادارة مستشفيات البشير بالتشارك مع الخدمات الطبية الملكية لاستكمال متطلبات زراعة الكبد اعتبارا من 2025/7/1 .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الجراحة العامة للتدريب في ادارة مستشفيات البشير بالتشارك مع الخدمات الطبية الملكية في اختصاص جراحة الكبد والبنكرياس والقنوات المرارية ولمدة ثلاث سنوات .
للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الجراحة العامة 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 بالتماذج 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 بأنه 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 التاكيد 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 الهواري

نسخة رئيس اختصاص الجراحة العامة

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني ()										الرقم الوطني ()									
الاسم الأول :										الأب :									
الاسم باللغة الإنجليزية :										العائلة :									
تاريخ الميلاد :										عنوان السكن :									
رقم الهاتف الخليوي :										رقم هاتف المنزل :									
المؤهلات العلمية (آخر مؤهل محلي) :										الحالة الاجتماعية :									
☐ دبلوم ☐ بكالوريوس () ☐ ماجستير ()										☐ غير تاه (انكر) ☐ دبلوم عالي () ☐ بكالوريوس () ☐ ماجستير ()									
التخصص :										مكان وتاريخ الحصول على الشهادة :									
تاريخ التعيين في الوزارة :										الدرجة الحالية :									
مكان العمل :										اسم مكان العمل :									
المحافظة :										رقم الهاتف :									
☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية										☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية									
ارغب بالالتحاق في :																			
تلاستعمال الرسمي :																			
☐ نعم ☐ لا										☐ نعم ☐ لا									
☐ نعم ☐ لا										☐ نعم ☐ لا									
اسم مقدم الطلب والتوقيع :										البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :									
التاريخ :										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 تحيئة حسب الأصول .

الاسم : د. محمد عبد الله بن عبد الرحمن