



الرقم .....  
التاريخ .....  
الموافق ..... **تعليم/بعثات / 3775**  
**11/03/2024**

مدير عام مستشفى الامير حمزه  
مدير ادارة مستشفى البشير  
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات  
مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم .....  
مدير مستشفى .....

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي ضمن برنامج الزمالة وذلك لغايات الحصول على متطلبات المجلس الطبي الاردني في التخصصات التالية :-

1. اختصاص امراض القلب والشرابين / لمدة ثلاث سنوات .
2. اختصاص الامراض الصدرية / لمدة ثلاث سنوات .
3. اختصاص الامراض الرئوية / لمدة ثلاث سنوات .
4. اختصاص امراض الغدد الصم والسكري / لمدة ثلاث سنوات .

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

1. ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
2. ان يكون حاصلًا على البورد الاردني او ما يعادله .
3. ان يكون قد عمل في وزارة الصحة بعد حصوله على البورد مدة لا تقل عن سنتين .
4. احضار وثيقة من نقابة الأطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب اختصاصي باطني بتاريخ حديث .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه خمسة ايام عمل من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية

دكتورة الهناء عبد الرحمن خريسات

نسخة / رئيس اختصاص الباطني.

نسخة / مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .

الملكية الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ +٩٦٢ ٦ فاكس: ٥٦٨٣٧٣ +٩٦٢ ٦ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

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

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
الاسم باللغة الإنجليزية:	العائلة:
تاريخ الميلاد:	عنوان السكن:
رقم الهاتف الخليوي:	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"/> بكالوريوس ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر)	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	

أرغب بالالتحاق في:

تعيين الرئيس المباشر مع التوقيع:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تعيين 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 .