



الرقم

التاريخ

الموافق

تعليم/بعثات / 20917

02/12/2025

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

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 .

للتكرم 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 حاصل 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

الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/مدير مركز سميح دروزة للاورام .
نسخة/رئيس اختصاص الباطني .
س ع

وزارة الصحة
نموذج طالب 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) :	
☐ دبلوم	☐ بكالوريوس
☐ دبلوم عالي	☐ دكتوراه
☐ 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 :
☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية	

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :
تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
تتسبب المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	
اسم مقدم الطلب والتوقيع :	التاريخ :

- ملاحظات :
1. يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية .
 2. صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعدل .
 3. صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعدل .
 4. سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعيينه حسب الأصول .