



الرقم
التاريخ
الموافق ١٧/٩/٢٠٢٢

مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير مديرية صحة محافظة/ لواء.....
مدير مستشفى.....

تحية طيبة وبعد،،،

يرجى الإيعاز لمن يلزم بالتعميم على أطباء الأسنان العاملين التابعين لامركم عن توفر شواغر لبرنامج الإقامة لاختصاص جراحة الوجه والفكين وضمن الشروط التالية:

١. ان لا يزيد العمر عن (٤٠) عاما لغاية ٢٠٢٢/١٢/٣١.
٢. ان تنطبق عليه تعليمات الإقامة وتعديلاته لعام ٢٠٠٨ المتعلقة بالفصل والإنسحاب والاستنكاف.

على الأطباء الراغبين التقدم بطلب وتعبئة النموذج المرفق حسب الأصول كل في مكان عمله حيث انه لن يتم استقبال اي طلب في مديرية التعليم والتدريب الطبي ورافق الوثائق التالية:-

- نسخة مصدقة عن هوية الأحوال المدنية/جواز السفر.
- نسخة عن الثانوية العامة التي تحمل المعدل.
- نسخة عن الشهادة الجامعية الاولى للطب والجراحة العامة او معادلة الشهادة الجامعية لخريجي الجامعات غير الاردنية.
- نسخة عن كتاب مباشرة العمل بالوزارة.

على ان تصل الطلبات الى مديرية التعليم والتدريب الطبي خلال اربعة عشر يوم عمل من (الاحد-الخميس) اعتبارا من تاريخه ولن ينظر في اي طلب بعد هذا التاريخ.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

نسخة/ رئيس اختصاص طب الأسنان.
نسخة/ مدير مديرية صحة الفم والأسنان.
نسخة/ ن

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة الاردنية الهاشمية

مديرية التعليم وتطوير الموارد البشرية

طلب انتساب للتدريب في برنامج الإقامة

- ١- الاسم الكامل.....
- ٢- تاريخ الولادة...../...../.....
- ٣- الرقم الوطني.....
- ٤- مكان العمل الحالي..... الرقم الوظيفي.....
- ٥- تاريخ مباشرة العمل في الوزارة...../...../.....
- ٦- العنوان الدائم..... رقم ائجوال.....
- ٧- الدراسة الثانوية /سنة التخرج..... محل الثانوية العامة ()
- ٨- الشهادة العلمية التي يحملها:..... التقدير (.....)
- ٩- اسم الجامعة التي تخرج منها..... اسم البلد.....
- ١٠- سنة التخرج من الجامعة...../...../.....
- ١١- عدد سنوات الدراسة في هذه الجامعة.....
- ١٢- لغة الدراسة.....
- ١٣- مكان عمل سنة التدريب الدوري (الامتياز) والمدة..... علامة الفحص الاجمالي ()
- ١٤- العمل السابق في الوزارة :-

طبيعة العمل

الى تاريخ

من تاريخ

المكان

-١

-٢

-٣

تاريخ تقديم الطلب..... التوقيع.....

(ملاحظة هامة :- يشترط تعبئة كامل البيانات أعلاه وسوف يستثنى الطلب الغير كامل وغير مستوف الشروط)