



وزارة الصحة

الرقم ٤٥٥٦ / تعليم / طب
التاريخ ٢٠٢٣ / ٤ / ٢٦
الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير

تحية طيبة وبعد ،،،
أرجو العلم بأن وزارة الصحة تنوي الحاق عدد من الممرضات والممرضين القانونيين من حملة درجة البكالوريوس الى المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة (تفرغ) ولمدة سنتين للحصول على درجة الماجستير في المواضيع التالية :-
١. التمريض السكري .
٢. عناية القدم السكرية .
٣. التنقيف السكري .
و ذلك ضمن الشروط التالية :-

١. ان يكون قد مضى على تعيينه في وزارة الصحة اكثر من ثلاث سنوات .
 ٢. ان لا يزيد عمر المرشح عن ٤٥ عاما .
 ٣. ان يكون حاصلا على درجة البكالوريوس في التمريض بدرجة لا تقل عن جيد .
- راجيا التكرم بالاطلاع والتعميم على الممرضات والممرضين التابعين لامركم الراغبين بالاستفادة من هذه البعثة بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق مع تحديد تخصص واحد من التخصصات المذكوره أعلاه على ان تصلني ترشيحاتكم في موعد أقصاه أسبوع من تاريخه وذلك على فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) مع ضرورة ارفاق صورة عن شهادة الثانوية العامة والبكالوريوس التي تحمل المعدل مع التقدير علما بأنه لن ينظر في الطلبات غير مستوفية الشروط المذكوره أعلاه .
- ملاحظة : من يتم ايفاده تنطبق عليه بنود المادة (١٣٢) بند(أ) من نظام الخدمة المدنية حيث يصرف شهرياً للموظف الموفد المتفرغ في بعثة او دورة داخل المملكة او خارجها خلال مدة الايفاد كامل راتبه الاجمالي باستثناء العلاوة الاشرافية وعلاوة الموقع بالاضافة الى خصم الحوافز وعلاوة العمل الاضافي عن طيلة مدة الايفاد .
- علما بأن الموفد سيتم الحاقه بعد انتهاء الايفاد في مراكز وعيادات الغدد الصم والسكري التابعة للوزارة وفق تعهد يقوم بابرامه قبل الايفاد .

و تفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

٢٤
٢٥
٢٦

الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريسات

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٢٣٠٠٢٥٢٠٠٢٣٠ فاكس: ٢٣٠٠٢٥٢٠٠٢٣٠ 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 :	
تاريخ الميلاد :	عنوان السكن :
رقم الهاتف الخليوي :	رقم هاتف المنزل :
الحالة الاجتماعية :	

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل عملي) :	
☐ دبلوم ()	☐ بكالوريوس ()
☐ دبلوم عالي ()	☐ ماجستير ()
☐ غير ذلك (اذكر) : مكان وتاريخ الحصول على الشهادة :	
التخصص :	المسمى الوظيفي :
تاريخ التعيين في الوزارة :	الدرجة الحالية :

مكان العمل :	
المحافظة :	اسم مكان العمل :
☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية	رقم الهاتف :

ارغب بالالتحاق في : :

للاستعمال الرسمي :	
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل : ☐ نعم ☐ لا
تنسيب المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ 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 تعبئته حسب الأصول .