



وزارة الصحة

الرقم

التاريخ تعليم/بعثات / 14789

الموافق 24/08/2025

مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى مدير مديرية صحة محافظة/لواء/اقليم

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من الاطباء العاملين العاملين في وزارة الصحة للمشاركة في برنامج الدبلوم المهني في طب الاسرة في المجلس العربي للاختصاصات الصحية بالتعاون مع المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط (EMRO) ولمدة سنتين ضمن برنامج التعليم عن بعد والتعليم المدمج .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على الاطباء العاملين التابعين لامركم والعاملين في المراكز الصحية والراغبين بالمشاركة في البرنامج المذكور اعلاه بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق وحسب الشروط التالية :

1. ان لا يقل عمر المتقدم عن (40) عاما .
 2. ان يكون قد عمل في وزارة الصحة مدة لا تقل عن عام .
 3. الممارسة الفعلية في تقديم الرعاية الصحية والاستمرار فيها .
 4. ان يكون حاصلا على خبرة خمس سنوات بعد الحصول على شهادة الطب العام من ضمنها ثلاث سنوات عمل على الاقل في مركز رعاية صحية اولية .
 5. معرفة ومهارة جيدة في اللغة الانجليزية واستخدام الكمبيوتر .
 6. احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب عام بتاريخ حديث .
- على ان تصلني ترشيحاتكم خلال (7) ايام عمل وذلك على فاكس مديرية التعليم والتدريب الطبي رقم (5057498) .

كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم قبول طلبه في برنامج اقامة او دورات خلال العام حال استنكافه او انسحابه .

كما يرجى التعميم على الاطباء انه في حال صدور كتاب الموافقة التوقيع على تعهد خطي بعدم التقدم لبرنامج الإقامة في اختصاص طب الاسرة و ابرام تعهد عدلي (مرفق) والذي يتضمن مايلي :

1. العمل في المكان الذي تحدده وزارة الصحة بعد انتهاء الدراسة او التدريب او الانسحاب من البرنامج لمدة تعادل ثلاثة اضعاف مدة التدريب .
2. دفع كافة المبالغ التي انفقت على المتدرب خلال دراسته او تدريبه من رواتب وعلاوات وبدلات وحوافز ورسوم في حال الانسحاب من الدراسة او التدريب او عدم التزامه حسب ما ورد بالبند السابق .

يتبع

189

2

189

189

جائزة الملك عبدالله الثاني
لتميز الأداء الحكومي والشغافية
الدورة التاسعة
(2024/2023)

الجمهورية العربية السورية



وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

ولمزيد من المعلومات الاطلاع على الموقع الالكتروني للمجلس العربي عبر الرابط التالي :
<https://www.arab-board.org/professional-Diploma-in-Family-Medicine> او من خلال
التواصل المباشر مع امينة سر الاختصاص عبر الايميل fam@arab-board.org علما بانته سيتم الاعلان
عن فتح باب التسجيل عبر الموقع الالكتروني للمجلس المشار اليه اعلاه ، علما بان اخر موعد للتسجيل
الكرونيا هو 2025/8/31 :

- علما بانته عند طلب التسجيل يطلب من الطبيب ما يلي :
- 1. المصادقة على صحة الوثائق والبيانات .
- 2. الترخيص للممارسة المهنية في الدولة .
- 3. العمل الفعلي حاليا في تقديم الرعاية الصحية الاولى .
- 4. القبول لاستكمال التدريب في مركز معتمد من قبل المجلس العربي في مجال الرعاية الصحية .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة
الدكتور ابراهيم البدور

نسخة رئيس اختصاص طب الاسرة .

س ع

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوطني:	الرقم الوطني:
---------------	---------------

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول:	الأب:
الاسم باللغة الإنجليزية:	الاسم باللغة الإنجليزية:
تاريخ الميلاد:	عنوان السكن:
رقم الهاتف الخليوي:	رقم هاتف المنزل:
	الحالة الاجتماعية:

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

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

ارغب بالالتحاق في:

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

ملاحظات:

- يرفق مع الطلب صورة عن هوية الأحوال المدنية.
- صورة عن شهادة الثانوية العامة التي تحمل المعلن.
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعلن.
- مبني استثناء الطلب في حالة عدم تجمينه حسب الأصول.