



الرقم: تعلم/بعمان/٢٧٢٢
التاريخ: ١٣/٤
الموافق: ١٣/٤

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

تحية طيبة وبعد،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني رقم (٤٩) لعام ٢٠١٩ والخاص بالموافقة على الاعتراف بقسم جراحة الاطفال في وزارة الصحة / ادارة مستشفيات البشير .

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق اختصاصيي جراحة عامة للتدرب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص جراحة الاطفال ولمدة سنتين .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الجراحة العامة التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التدريب المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-
١- ان لايزيد عمر المرشح عن (٤٥) عاماً من تاريخ ٢٠٢٣/١/١ .
٢- ان يكون حاصلاً على البورد الاردني او مايعادله .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصلاني طلباتكم خلال أسبوع من تاريخه ، وذلك على فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسياً وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

وزير الصحة

الأستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشؤون الإدارية والخدمية
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريصات

تسليم الى :-
• رئيس اختصاص الجراحة العامة .
• رئيس اختصاص جراحة الأطفال .

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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 علمي) :		
دبلوم ()	بكالوريوس ()	دكتوراه ()
دبلوم عالي ()	بورد ()	ماجستير ()
غير ذلك (إنكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة :	
التخصص :	المسمى الوظيفي :	
تاريخ التعيين في الوزارة :	الدرجة الحالية :	

مكان العمل :	
المحافظة :	اسم مكان العمل :
مركز صحي <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مديرية صحة <input type="checkbox"/> مديرية مركزية <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف :

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :	
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تنسيب المدير المعني مع التوقيع : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
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 .