



وزارة الصحة

الرقم تعلم / بستان / ٥٧٩٦

التاريخ

الموافق | ٢٠١٨ | ٢٥٣

..... مدير عام مستشفى الامير حمزه  
..... مدير ادارة مستشفيات البشير  
..... مدير مديرية صحة محافظة / لواء .....  
..... مدير مستشفى .....

تحية طيبة وبعد ،،،

الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب
- ١	امراض الجهاز هضمى	مستشفى الجامعة الاردنية و الخدمات الطبية الملكية و مستشفى الملك المؤسس
- ٢	امراض الدم والاورام	مستشفى الجامعة الاردنية و الخدمات الطبية الملكية و مستشفى الملك المؤسس
- ٣	الغدد الصماء والسكري	ومركز الحسين للسرطان
- ٤	الامراض الصدرية	مستشفى الجامعة الاردنية و الخدمات الطبية الملكية و مستشفى الملك المؤسس
- ٥	امراض الدماغ والاعصاب	ومستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير
- ٦	الامراض الروثوية والمفاصل	مستشفى الجامعة الاردنية و الخدمات الطبية الملكية و مستشفى الملك المؤسس
- ٧	الروماتيزم	مستشفى الجامعة الاردنية و الخدمات الطبية الملكية و مستشفى الملك المؤسس
- ٨	امراض القلب	مستشفى الامير حمزة وادارة مستشفيات البشير
امراض الكلى		

٨- امراض الكلى مستشفى ادميرال سرور، و مرض الكلى بالاستفاده من التكرم بالاطلاع والتعليم على اختصاصي الباطني من التابعين لامركم والراغبين بالاستفاده من التخصصات المذكورة اعلاه بتباعه النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب على ان تصل طلباتكم خلال اسبوعين من تاريخه وعلى فاكس مديرية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسيا وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة وفضلوا بقبول فائق الاحترام ، ،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

الأمين العام للشئون الإدارية والفنية  
الدكتورة الهام عبد الرحمن خريست

نسخه / دنیس اختصاص الباطني

6

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٠٢٣٠٥٢٦٦٩٦٢ + فاكس: ٠٢٣٧٣٨٨٥٦٦٩٦٢ ص.ب: ١١١١٨ عمان الأردن. الموقع الإلكتروني: [www.moh.gov.jo](http://www.moh.gov.jo)

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / دورة

الرقم الوظيفي (رقم الملف): ( )  
الرقم الوطني: ( )

الإسم الأول:	الإسم الثاني باللغة الإنجليزية:
الأب:	العائلة:
رقم الهاتف الذري:	رقم هاتف المنزل:
الحالة الاجتماعية:	عنوان المسكن:

التخصص:	مكانته العلمية (آخر مؤهل حمل):
تاريخ التعيين في الوزارة:	مكان و تاريخ الحصول على الشهادة:
الدرجة الحالية:	المسمى الوظيفي:
<input type="checkbox"/> مركز صحي	<input type="checkbox"/> مستشفى
<input type="checkbox"/> مديرية صحة	<input type="checkbox"/> مديرية مركزية
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي	<input type="checkbox"/> بورد
<input type="checkbox"/> بكالوريوس	<input type="checkbox"/> دكتوراه

المحافظة:	مكان العمل:
اسم مكان العمل:	
رقم الهاتف:	

أرغب بالالتحاق في :

البيعة / الدورة و علاقتها بطبيعة العمل:	نلاستعمال الرسمي:
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
التاريخ:	اسم مقدم الطلب والتوكيل:

لاحظات:

- 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.