



وزارة الصحة

الرقم تعليم/بعثات/٦٨٨١

التاريخ

الموافق ١٧/٨/٢٠٢٢

مدير عام مستشفى الامير حمزه

مدير ادارة مستشفيات البشير

مدير مديرية صحة محافظة / لواء .....

مدير مستشفى .....

تحية طيبة وبعد ،،،

لاحقا لكتابي رقم تعليم/بعثات/٥٧٩٦ تاريخ ٢٦/٦/٢٠٢٢ .

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الباطني للتدريب لمدة ثلاث سنوات حسب المكان والمواضيع التالية :-

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

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الباطني من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب على ان تصل طلباتكم خلال اسبوعين من تاريخه وعلى فاكس مديريةية التعليم والتدريب الطبي رقم (٥٠٥٧٤٩٨) ، ليتم النظر في الطلبات تنافسيا وحسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس اليراهيم الهواري

نسخه / رئيس اختصاص الباطني  
نسخه / رئيس اختصاص امراض الكلى

ص ١

وزارة الصحة  
نموذج طلب بعثة / ليرة

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

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 عملي):	
<input type="checkbox"/> دبلوم ( )	<input type="checkbox"/> بكالوريوس ( )
<input type="checkbox"/> دبلوم عالي ( )	<input type="checkbox"/> إيسورد ( )
<input type="checkbox"/> غير ذلك (انكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة:
التخصص:	المسمى الوظيفي:
تاريخ التعيين في الوزارة:	الدرجة الحالية:

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

ارغب بالالتحاق في:
--------------------

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