



الرقم تعليم / ٥٥٤٤

التاريخ

٢٠١٣ / ٥ / ٢٣ الموافق

مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة مستشفى البشير
مدير مديرية صحة محافظة / لواء / اقليم.....
مدير مستشفى

تحية طيبة وبعد ،،،

يرجى العلم بان وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي جراحة العظام والمفاصل للتدريب وحسب المكان والمدة والمواضيع التالية :

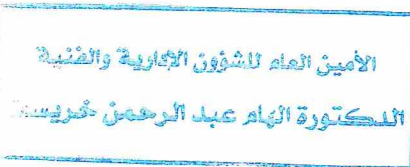
الرقم	موضوع التدريب	مكان التدريب	مدة التدريب
1	جراحة العمود الفقري	الخدمات الطبية الملكية	سنة
2	جراحة يد وطرف علوي	الخدمات الطبية الملكية	سنة
3	كسور متقدمه وكسور الحوض	الخدمات الطبية الملكية	سنة
4	جراحة عظام اطفال	الخدمات الطبية الملكية+مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي	سنة
5	جراحة وزراعة المفاصل	الخدمات الطبية الملكية+مستشفى الجامعة الاردنية	سنة
6	جراحة اورام العظام	الخدمات الطبية الملكية+مركز الحسين للسرطان	سنة اشهر
7	جراحة طب رياضي ومناظير	مستشفى الجامعة الاردنية	سنة

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي جراحة العظام والمفاصل من التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصصات المذكورة اعلاه بتعبئة النموذج المرفق مع تحديد التخصص المطلوب ومكان التدريب وحسب الشروط التالية :-

- 1- ان لا يتجاوز العمر عن 45 عاما.
 - 2- ان يكون الطبيب المتقدم قد امضى خدمة لاتقل عن سنتين كطبيب اختصاص في الوزارة .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد اقصاه اسبوع من تاريخه على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات حسب الاسس المتبعة في الوزارة .
- وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة

الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري



نسخة/رئيس اختصاص جراحة العظام والمفاصل .

الفريلين	الاطباء + فني الاشعة + الفريلين	علاج شعاعي مكثف IMRT	تدريب داخلي في:
١٠٠٠	١٠٥*٢٠٠	٥	شهر
١٠٠٠	١٠٥*٢٠٠	٥	شهر
٣,٠٠٠		١٥	شهر
المجموع			
٣,٦٠٠	١*١*٣٦٠٠	١	سنة
٢,٦٠٠	١*١*٣٦٠٠	١	سنة
٧,٢٠٠	١*٢*٣٦٠٠	٢	سنة
٧,٢٠٠	١*٢*٣٦٠٠	٢	سنة
٧,٢٠٠	١*٢*٣٦٠٠	٢	سنة
١,٢٠٠	٢*١*٢٠٠	١	٦ أشهر
٣,٠٠٠		١٠	سنة
المجموع			

جراحة العظام والمفاصل

د. رائد

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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 ()
☐ دبلوم عالي ()	☐ بكالوريوس ()
☐ غير ذلك (انكر)	☐ ماجستير ()
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 :	
تتسبب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :
تتسبب 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 .