



وزارة الصحة

رقم تعليمي / ٤٣٥٠

لتاريخ

١٧ / ٤ / ٢٠٢٣

لموافق

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،،،

لاحق لكتابي رقم تعليمي/بعثات/٤١٤٥ تاريخ ٢٠٢٣/٤/١٠ بخصوص الحاق عدد من اختصاصيي التخدير والعناية المركزة للتدرب في الخدمات الطبية الملكية في اختصاص علاج الألم ولمدة سنتين وضمن الشروط الواردة في كتابي المشار اليه أعلاه (مرفق).

يرجى العلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الطب الطبيعي والتأهيل للتدرب في الخدمات الطبية الملكية في اختصاص علاج الألم ولمدة سنتين اضافة لاختصاصيي التخدير والعناية المركزة .

للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الطب الطبيعي والتأهيل التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التدريب المذكور اعلاه وحسب الشروط التالية :-
١- ان لايزيد عمر المرشح عن (٤٥) عاماً .
٢- ان يكون حاصلاً على البورد الأردني او مايعادله .
٣- ان يكون قد عمل في وزارة الصحة بعد حصوله على البورد لمدة لا تقل عن سنتين .

وذلك بتعبئة النموذج المرفق بشكل كامل ودقيق على ان تصلاني طابا تكم خلال خمسة أيام عمل من تاريخه ، وذلك على فاكس مديرية 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

نسخة الى :-

رئيس اختصاص التخدير والعناية المركزة .
رئيس اختصاص الطب الطبيعي والتأهيل .

الأمين العام للشؤون الإدارية والمالية

المكتورة نهاد عبد الرحمن خريجات

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٠٢٣٠٠٠٢٢٠٠٠٢٢٠ فاكس: ٠٢٢٠٠٠٢٢٠٠٠٢٢٠ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة
نموذج طلب بعثة / دورة

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

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

المؤهلات العلمية (آخر مؤهل عملي) :	
☐ دبلوم	☐ بكالوريوس
☐ دبلوم عالي	☐ ماجستير
☐ غير ذلك (انكر)	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 المعلن .
- صورة عن شهادة البكالوريوس التي تحمل المعلن .
- سيتم استثناء الطلب في حالة عدم تعينه حسب الأصول .