



وزارة الصحة

مدير عام مستشفى الامير حمزة
مدير ادارة مستشفيات البشير
مدير ادارة الرعاية الصحية الاولى
مدير ادارة الشؤون الفنية للمستشفيات
مدير مديرية صحة.....
مدير مستشفى.....

الرقم
التاريخ
الموافق
تعليم/بعثات / 20198
16/11/2025

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة الى قرار المجلس الطبي الاردني بتاريخ 2025/10/25 بخصوص الموافقة على اعتماد البرنامج التدريبي في اختصاص العناية الحثيثة للأطفال في ادارة مستشفيات البشير اعتبارا من 2026/1/1 .

أرجو التكرم بالعلم بأن وزارة الصحة ترغب بالحاق عدد من اختصاصيي الاطفال للتدرب في ادارة مستشفيات البشير في اختصاص العناية الحثيثة للأطفال ولمدة ثلاث سنوات .
للتكرم بالاطلاع والتعميم على اختصاصيي الاطفال التابعين لامركم والراغبين بالاستفادة من التخصص المذكور أعلاه وحسب الشروط التالية :

- 1- ان لا يزيد عمر المرشح عن 45 عاما .
 - 2- ان يكون الطبيب حاصلا على البورد الاردني او ما يعادله .
 - 3- احضار وثيقة من نقابة الاطباء تثبت تسجيل الطبيب فيها كطبيب أخصائي بتاريخ حديث .
- وتزويد مديرية التعليم والتدريب الطبي / وزارة الصحة بالنماذج بعد تعبئتها حسب الاصول في موعد أقصاه خمسة أيام عمل من تاريخه وذلك على فاكس رقم (5057498) ليتم النظر في الطلبات تنافسيا حسب الاسس المتبعة في وزارة الصحة .
- علما بانه وحسب الكتاب رقم تعليم/بعثات/15775 تاريخ 2022/11/14 سيتم حرمان المبعوث من اي بعثة الا بعد مضي ثلاث سنوات وذلك في حال انسحابه من البعثة .
- كما يرجى التأكيد على الاطباء الراغبين بالترشح الجدية التامة عند التقديم ، حيث انه وبعد صدور كتاب الموافقة على الحاق الطبيب لن يتم ترشيحه لاي برنامج اخر خلال العام حال استنكافه .
- وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير الصحة
الدكتور ابراهيم البدور

نسخة/مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي .
نسخة/رئيس اختصاص طب الاطفال .
من ع

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 عملي) :	
دبلوم ()	بكالوريوس ()
دبلوم عالي ()	ماجستير ()
غير ذلك (اذكر)	مكان وتاريخ الحصول على الشهادة :
التخصص :	المسمى الوظيفي :
تاريخ التعيين في الوزارة :	الدرجة الحالية :

مكان العمل :	اسم مكان العمل :
المحافظة :	رقم الهاتف :
☐ مركز صحي ☐ مستشفى ☐ مديرية صحة ☐ مديرية مركزية	

ارغب بالالتحاق في :

للاستعمال الرسمي :	البعثة / الدورة وعلاقتها بطبيعة العمل :
تنسيب الرئيس المباشر مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا تنسيب المدير المعني مع التوقيع : ☐ نعم ☐ لا	التاريخ :
اسم مقدم الطلب والتوقيع :	

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 تعيينه حسب الأصول .