

شماره :

فرم شماره (۲)

امتیاز بندی داوطلبین متقاضی همکاری در داروخانه

.....

.

اینجانب..... باکد ملی..... متقاضی شغل تکنسین امور دارویی در داروخانه جمعیت هلال احمر استان یزد در شهر یزد می باشم .

تاریخ: امضاء

متقاضیان محترم جدول ذیل توسط مسئولین تکمیل میشود:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ۱) مدرک تحصیلی: | |
| لیسانس(۵) <input type="checkbox"/> فوق لیسانس و بالاتر (۱۰) <input type="checkbox"/> | |
| امتیاز کسب شده: | |
| ۲) سابقه کار(امتیاز تجمعی، سابقه معتبر پرداخت بیمه در داروخانه جهت متقاضیان شغل تکنسین دارویی): | |
| بدون سابقه(۰) <input type="checkbox"/> ۱ تا ۶ ماه(۶) <input type="checkbox"/> تا ۱سال(۱۰) <input type="checkbox"/> بیش از ۱ سال (۲.۵ امتیاز به ازای هر سال) <input type="checkbox"/> تا ۲۰ امتیاز | |
| امتیاز کسب شده: | |
| ۳) سابقه همکاری داوطلبانه با هلال احمر (عضو فعال) تا ۱۲ امتیاز <input type="checkbox"/> (به ازای هر سال همکاری ، ۲/۴ امتیاز) | |
| امتیاز کسب شده: | |
| ۴) خانواده ایثارگران: | |
| خیر(۰) <input type="checkbox"/> بله (۴) <input type="checkbox"/> | |
| امتیاز کسب شده: | |
| ۵) فرزند کارمند یا بازنشسته هلال احمر: | |
| خیر(۰) <input type="checkbox"/> بله (۴) <input type="checkbox"/> | |
| امتیاز کسب شده: | |
| ۶) طی کردن دوره دارویاری یا آموزش تکنسین دارویی در مراکز معتبر ۱۰ امتیاز <input type="checkbox"/> | |

*اصالت مستندات و مدارک امتیازات فوق تأیید و پیوست گردید.

*جمع کل امتیاز کسب شده پس از بررسی مدارک عدد می باشد.