

فرم درخواست شغل مراقب سلامت شبکه بهداشت و درمان شهرستان عسلویه

محل الصاق
عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

۱- نام خانوادگی :		۲- نام :	
۳- نام پدر:		۴- جنس : ۱- مرد ☐ ۲- زن ☐	
۵- تاریخ تولد : روز ماه سال		۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :	
		۷- محل سکونت فعلی : شهرستان : بخش :	
۸- شماره شناسنامه :		۹- شماره ملی :	
		۱۰- محل صدور شناسنامه :	
۱۱- دین :		۱۲- وضعیت تأهل : متاهل ☐ مجرد ☐	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه :		۱- دارای کارت پایان خدمت ☐ ۲- دارای معافیت قانونی دائم ☐	
۱۴- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد ☐ بومی ☐			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: لیسانس ☐			
۱۶- رشته تحصیلی :			
۱۷- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی : / /			
۱۸- شغل مورد درخواست :		۱۹- محل جغرافیایی مورد تقاضا	
۲۰- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۱- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پزشک خانواده شبکه بهداشت و درمان شهرستان عسلویه متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای جذب در آن شرکت از خود سلب می نمایم .			
۲۲- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	