

فرم درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان

محل الصاق  
عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| ۱- نام خانوادگی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ۲- نام:                                                                      |  |
| ۳- نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ۴- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>       |  |
| 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: مذهب:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | ۱۲- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> |  |
| ۱۳- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                              |  |
| ۱۴- آخرین مدرک تحصیلی: لیسانس <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                              |  |
| ۱۵- رشته تحصیلی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ۱۶- گرایش تحصیلی: معدل:                                                      |  |
| ۱۷- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ۱۸- محل اخذ مدرک:                                                            |  |
| ۱۹- شغل مورد درخواست: (فقط یک شغل)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | ۲۰- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)                                    |  |
| ۲۱- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه:                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                              |  |
| ۲۲- شماره تلفن برای تماس ضروری:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                              |  |
| اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون جایگزین مرخصی زایمان در برنامه پزشک خانواده روستایی شبکه بهداشت و درمان شهرستان کنگان 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. |  |                                                                              |  |
| ۲۶- تاریخ تنظیم فرم:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | امضاء و اثر انگشت متقاضی                                                     |  |