

فرم درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتستان

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 : دیپلم ☐ لیسانس ☐			
۱۶- رشته تحصیلی :		۱۷- گرایش تحصیلی : معدل :	
		۱۸- استان محل تحصیل :	
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / /		۲۰- محل اخذ دیپلم :	
۲۱- شغل مورد درخواست :		۲۲- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۴- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پزشکی خانواده مرکز خدمات جامع سلامت شهرستان دشتستان ، شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر 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	