

فرم شماره (۱)**بنام خالق هستی****فرم مشخصات و درخواست شغل**

اینجانب..... به شماره ملی..... ساکن شهر متقاضی شغل در داروخانه جمعیت هلال احمر استان می باشم. شماره تماس: آدرس محل سکونت: تاریخ: امضاء.....
--

فرم شماره (۲)**جدول ذیل توسط مسئولین تکمیل می شود.**

اولویت بندی امتیاز پرسنل مورد نیاز داروخانه جمعیت هلال احمر

(۱) مدرک تحصیلی:
فوق دیپلم ۲/۵ امتیاز <input type="checkbox"/> لیسانس (۵ امتیاز <input type="checkbox"/> فوق لیسانس و بالاتر (۱۰ امتیاز <input type="checkbox"/>
(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 (۵ امتیاز) <input type="checkbox"/> تا ۱ سال (۱۰ امتیاز) <input type="checkbox"/> بیش از ۱ سال (۳ 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، ۳ امتیاز) امتیاز کسب شده:
(۴) خانواده ایثارگران:
خیر (۰) <input type="checkbox"/> بله (۴ امتیاز) <input type="checkbox"/>
خیر (۰) <input type="checkbox"/> بله (۴ امتیاز) <input type="checkbox"/>
(۵) گذراندن دوره دارو یاری یا آموزش تکنسین دارویی در مراکز <input type="checkbox"/> ۱۰ امتیاز <input type="checkbox"/>

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

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