

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 <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 :		۱۲- وضعیت تأهل : متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۴- سهمیه ها : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/>			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : لیسانس <input type="checkbox"/>			
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 پزشکی 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	