

فرم درخواست شغل قرارداد پزشک خانواده شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتی

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- سهمیه ها : ۱- سهمیه آزاد ☐ بومی ☐			
۱۴- آخرین مدرک تحصیلی : لیسانس ☐ دیپلم ☐			
۱۵- رشته تحصیلی :		۱۶- گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۷- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / /		۱۸- محل اخذ دیپلم :	
۱۹- شغل مورد درخواست :		۲۰- محل جغرافیایی مورد تقاضا	
۲۱- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۲- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون ، شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتی 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 .			
۲۳- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	