

فرم درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان دیر

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: استان: 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 ☐			
۱۵- رشته تحصیلی:		۱۶- گرایش تحصیلی: معدل:	
		۱۷- استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / /		۱۹- محل اخذ دیپلم:	
۲۰- شغل مورد درخواست: (فقط یک شغل)		۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه:			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون جذب پزشک خانواده در رشته مامایی مرکز خدمات جامع سلامت بردخون 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.			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	