بنام خالق هستی **فرم شماره (۱)**

فرم مشخصات و درخواست شغل

اینجانب..... به شماره ملی..... ساکن شهر ..... متقاضی شغل ..... در داروخانه جمعیت هلال احمراستان ..... می‌باشم.
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 □ لیسانس(۵ امتیاز □ فوق لیسانس و بالاتر(۱۰ امتیاز) □
۲) سابقه کار(امتیاز تجمعی، سابقه معتبر پرداخت بیمه در داروخانه جهت متقاضیان شغل تکنسین دارویی):
بدون سابقه(۰) □ ۱ تا ۶ماه(۵ امتیاز) □ تا ۱سال(۱۰ امتیاز) □ بیش از ۱ سال (۳ امتیاز به ازای هرسال) □ تا ۲۰ امتیاز
امتیاز کسب شده: .....
۳) سابقه همکاری داوطلبانه با هلال احمر (عضو فعال) تا ۱۲ امتیاز □ (به ازای هرسال همکاری ، ۳ امتیاز)
امتیاز کسب شده: .....
۴) خانواده ایثارگران:
خیر (۰) □ بله (۴ امتیاز) □
خیر(۰) □ بله (۴ امتیاز) □
۵) گذراندن دوره دارویاری یا آموزش تکنسین دارویی در مراکز ۱۰ امتیاز □

*اصالت مستندات و مدارک امتیازات فوق تائید وپیوست گردید.

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