

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:		۱۰- محل صدور شناسنامه:	
۸- شماره شناسنامه:		۹- شماره ملی:	
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- وضعیت ایثارگری:			
۱- <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی درصد			
۲- <input type="checkbox"/> رزمنده (برای حداقل ۶ ماه حضور داوطلبانه در جبهه) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- فرزند و همسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪/بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪/ و آزادگان زیر یکسال اسارت: فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۹- خواهر و برادر شهداء: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۵- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- فرزند و همسر شهداء <input type="checkbox"/> ۳- فرزند و همسر جانباز بالای ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴- فرزند و همسر جانباز زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۵- خواهر و برادر شهید <input type="checkbox"/> ۶- معلولین عادی <input type="checkbox"/>			
۱۶- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>			
۱۷- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۸- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳		۲۰- محل اخذ دیپلم:	
۲۱- شغل مورد درخواست:		۲۲- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
۲۳- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند محل خدمت			
۲۴- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: شماره تلفن ثابت: کد شهر: شماره تلفن همراه:			
۲۵- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون شرکتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر 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.			
۲۶- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	