

برگ درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان

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 :		۹- شماره ملی :	
۸- شماره شناسنامه :		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- 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: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند و همسر جانبازان ۲۵٪ و بالاتر: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۶- فرزند و همسر آزادگان بالای یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۷- فرزند و همسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور داوطلبانه در جبهه: <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>			
۸- فرزند جانبازان زیر ۲۵٪ و آزادگان زیر یکسال اسارت: <input type="checkbox"/> فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
۹- خواهر و برادر شهدا: <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>			
۱۰- فرزند ایثارگر (شهید، جانباز بیست و پنج درصد (۲۵٪) و بالاتر، آزاده، اسیر و مفقودالاثرا) بازنشسته مراکز تابعه دانشگاه/دانشکده <input type="checkbox"/>			
۱۵- سهمیه ها: ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- افراد بومی شهرستان مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی استان <input type="checkbox"/> ۴- فرزند پرسنل شاغل یا بازنشسته دانشگاه <input type="checkbox"/> ۵- فرزند و همسر شهداء <input type="checkbox"/> ۶- فرزند و همسر جانباز بالای ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۷- فرزند و همسر جانباز زیر ۲۵٪ <input type="checkbox"/>			
۱۶- آخرین مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>			
۱۷- رشته تحصیلی :		گرایش تحصیلی :	
		معدل :	

استان محل تحصیل :	۱۸- دانشگاه محل تحصیل :
۲۰- محل اخذ دیپلم :	۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳
۲۲- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	۲۱- شغل مورد درخواست : (فقط یک شغل)
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 شرکتیدانشگاه 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 .	
امضاء و اثر انگشت متقاضی	۲۶- تاریخ تنظیم فرم :