

لطفاً یک قطعه عکس  
در کادر فوق بچسبانید

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۱- نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۲- نام:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۳- کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۴- شماره شناسنامه:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۵- تاریخ تولد:

۶- نام پدر: ۷- جنسیت: زن  مرد  ۸- محل تولد:

۹- وضعیت تأهل: مجرد  متأهل

۱۰- وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت  معاف دائم  ۱۱- دین: اسلام  مسیحی  کلیمی   
زرتشتی

۱۲- مذهب: شیعه  اهل سنت  ۱۳- مقاطع تحصیلی: دیپلم  فوق دیپلم  لیسانس  فوق لیسانس   
دکتری

۱۴- رشته و گرایش تحصیلی: ۱۵- معدل:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۱۶- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی:

۱۷- وضعیت اینترگری: جانباز  آزاده  رزمنده داوطلب  خانواده شاهد  فرزند شهید

سایر موارد با قید توضیحات .....

۱۸- درصد جانبازی: ۱۹- مدت اسارت: ۲۰- مدت حضور داوطلبانه در جبهه: ۲۱- نسبت با خانواده شاهد:

۲۲- مدت انجام طرح لایحه نیروی انسانی در مورد پیراپزشکان: ۲۳- مدت انجام تعهدات قانونی در مورد پزشکان:

۲۴- مدت اشتغال در واحدهای تابعه سازمان: ۲۵- فرزند همکار شاغل سازمان میباشم

۲۶- فرزند همکار بازنشسته سازمان میباشم

۲۷- مدت خدمت نظام وظیفه:

۲۸- مشمول بند توضیحات تبصره (۱) شرایط اختصاصی میباشم

۲۹- وضعیت بومی بودن طبق آگهی: بومی استان  غیر بومی  ۳۰- عنوان شغلی مورد تقاضا بر اساس فهرست آگهی:

۳۱- محل جغرافیایی خدمت مورد تقاضا:

۳۲- آدرس محل سکونت: استان: شهرستان: بخش: خیابان:

کوچه: پلاک:

کدپستی:

۳۳- شماره تلفن همراه: ۳۴- شماره تلفن همراه یکی از بستگان:

۳۵- شماره تلفن ثابت: ۳۶- کد تلفن شهرستان:

۳۷- آدرس پست الکترونیکی (ایمیل):

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون استخدامی مدیریت درمان استان

فرم تقاضای فوق را با مطالعه کامل و دقیق متن آگهی منتشره مورخ ..... به ویژه

تذکرات و توضیحات مهم آن تکمیل نموده و علم و آگاهی دارم در صورتیکه متعاقباً خلاف اظهاراتم اثبات شود، ادامه مراحل

همکاری اینجانب منتفی خواهد شد و بدینوسیله حق هر گونه اعتراض را از خود سلب می نمایم.

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء داوطلب: