

برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی درمانی گراش

راین قسمت چیزی ننویسید

2- نام :	
3- نام پدر:	4- جنس : 1- مرد <input type="checkbox"/> 2- زن <input type="checkbox"/>
5- تاریخ تولد : روز ماه سال	6 - محل تولد : استان : شهرستان : بخش :
7- شماره شناسنامه :	8- شماره ملی:
9- محل صدور شناسنامه:	10- دین :
11- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:	مذهب :
12- وضعیت نظام وظیفه : 1- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> 2- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
13- وضعیت اینثارگری :	
1- فرزند وهمسر شهداء: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
2- فرزند وهمسر جانبازان 25% و بالاتر: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
3- فرزند وهمسر آزادگان بالای یکسال اسارت: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
4- فرزند وهمسر رزمنده دارای سابقه حداقل شش ماه حضور و طلبانه در جبهه: فرزند <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
5- فرزند جانبازان زیر 25% و آزادگان زیر یکسال اسارت : فرزند جانباز <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/>	
6- خواهر و برادر شهید: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	
14- سایر موارد : 1- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> 2- معلولین عادی <input type="checkbox"/> 3- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> 4- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>	
5- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
15- مدرک تحصیلی : دیپلم <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/>	
16- ارائه مدرک تحصیلی دیپلم	
17- سوابق اجرایی:	
18- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان	
کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت	
کد شهر شماره تلفن همراه	
19- محل مورد تقاضای کار: بیمارستان <input type="checkbox"/>	
20- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون شرکتی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش 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 دستگاه از خود سلب می نمایم	
21- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی