

« آگهی پذیرش نیروی های درمانی بهداشتی بصورت شرکتی »

شرکت راهکاران سپیدان در نظر دارد برای تامین نیروی مشاغل درمانی بهداشتی مورد نیاز خود در بیمارستان امیرالمومنین علی(ع) به استناد مجوز شماره ۹۴/د/۲۰۹/۷۵۸۲ مورخ ۹۴/۱۲/۲۲ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت تعداد ۷ نفر از افراد واجدالشرايط را از طريق مصاحبه تخصصی و گزینش به صورت شرکتی با در نظر گرفتن شرایط مندرج در ذیل بکارگیری نماید.

ردیف	عنوان	تعداد	جنسیت		شرایط احراز
			مرد	زن	
۱	پزشک عمومی	۱	*		دارا بودن مدرک تحصیلی در رشته پزشک عمومی
۲	کارشناس علوم آزمایشگاهی	۳	*		دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته علوم آزمایشگاهی
۳	کارشناس رادیولوژی	۱	*		دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته رادیولوژی
۴	کارشناس روانشناس بالینی	۱	*		دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته روانشناسی بالینی
۵	کارشناس بهداشت محیط	۱	*		دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته بهداشت محیط

۱- شرایط عمومی پذیرش

- ۱/۱- تدین به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور مطرح در قانون اساسی
- ۱/۲- تابعیت نظام جمهوری اسلامی ایران
- ۱/۳- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر
- ۱/۴- عدم سابقه محکومیت جزایی موثر
- ۱/۵- نداشتن منع استخدام در دستگاههای دولتی بموجب آرای مراجع قانونی
- ۱/۶- داوطلبان نباید مستخدم رسمی، ثابت و پیمانی سایر دستگاههای دولتی و یا با خرید خدمت باشند
- ۱/۷- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۲- شرایط اختصاصی پذیرش

- ۲/۱- حداکثر ۳۵ سال سن تمام برای مدارک کارشناسی و ۴۰ سال برای مدارک دکتری
- ۲/۲- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کار
- ۲/۳- دارا بودن کارت پایان خدمت یا معافیت دائمی
- ۲/۴- دارا بودن گواهینامه پایان طرح یا معافیت از طرح
- ۲/۵- داشتن هرگونه سابقه همکاری قبلی بصورت طرح یا مشارکتی در این بیمارستان در اولویت هستند.

۲- نحوه ثبت نام و مدارک مورد نیاز

- متقاضیان تا تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۳ مهلت دارند جهت ثبت نام و تحویل مدارک به صورت حضوری به دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی مراجعه نمایید.

- تکمیل برگ درخواست شغل از دانشکده علوم پزشکی

- اصل به همراه تصویر آخرین مدرک تحصیلی

- اصل به همراه تصویر کارت ملی

- اصل به همراه تصویر تمام صفحات شناسنامه

- اصل به همراه تصویر کارت پایان خدمت نظام وظیفه عمومی یا معافیت دائم

- اصل به همراه تصویر گواهینامه پایان طرح جهت رشته های مشمول طرح

- عکس ۳*۴ شش قطعه

- پوشه و گیره

جهت کسب اطلاعات بیشتر به دفتر مدیریت پشتیبانی دانشکده یا با شماره ۵۲۴۴۸۱۰۰ (مهندس غلامرضا خوشبخت) تماس حاصل نمایید.

وب سایت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

www.gerums.ac.ir

مدیریت پشتیبانی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

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

در این قسمت چیزی ننویسید

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- شماره شناسنامه :	۸- شماره ملی: ۹- محل صدور شناسنامه:
۱۰- دین :	۱۱- وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد:
۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری :	
۱- جانباز <input type="checkbox"/>	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٪ و 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 شهید: خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	
۱۴- سایر موارد : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی محل مورد تقاضا <input type="checkbox"/> ۴- افراد بومی استان <input type="checkbox"/>	
۵- افراد غیر بومی <input type="checkbox"/>	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : کارشناس <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>	
۱۶- رشته تحصیلی :	گرایش تحصیلی : معدل :
۱۷- دانشگاه محل تحصیل :	استان محل تحصیل :
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳	۱۹- محل اخذ دیپلم :
۲۰- شغل مورد درخواست :	۲۱- محل کار مورد تقاضا:
۲۲- سوابق اجرایی همراه با مدارک مورد نیاز:	
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه	
۲۴- 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	
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی: