

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

در این قسمت چیزی ننویسید:

۲- نام :	۱- نام خانوادگی :
۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	۳- نام پدر :
۶- محل تولد : استان : شهرستان : بخش :	۵- تاریخ تولد : روز ماه سال
۸- شماره ملی : ۹- محل صدور شناسنامه:	۷- شماره شناسنامه:
۱۱- وضعیت تاهل : متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تعداد اولاد :	۱۰- دین : مذهب :
۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- 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٪ 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 یک سال 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 : دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>	
۱۶- رشته تحصیلی :	گرایش تحصیلی : معدل :
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳	
۱۹- محل اخذ دیپلم :	
۲۰- شغل مورد درخواست : (فقط یک شغل)	
۲۱- محل کار مورد تقاضا :	
۲۲- سوابق اجرایی :	
۲۳- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه کد پستی 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) هرگونه حقی را برای جذب در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .	
۲۵- تاریخ تنظیم فرم : امضاء و اثر انگشت متقاضی:	