

فرم درخواست شغل معاونت بهداشتی دانشگاه

محل الصاق
عکس

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
۷- محل سکونت فعلی : شهرستان : بخش :	۸- شماره شناسنامه :
۹- شماره ملی :	۱۰- محل صدور شناسنامه :
۱۲- وضعیت تأهل : متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	۱۱- دین : مذهب :
۱۳- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۴- سهمیه ها : ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/>	
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/>	
۱۶- رشته تحصیلی :	
۱۷- تاریخ اخذ مدرک تحصیلی : / /	
۱۹- محل جغرافیایی مورد تقاضا	۱۸- شغل مورد درخواست :
۲۰- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه پلاک کدپستی شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه	
۲۱- شماره تلفن برای تماس ضروری :	
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون شرکتی آوای سلامت دانشگاه 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 .	
۲۲- تاریخ تنظیم فرم :	امضاء و اثر انگشت متقاضی