

برگ درخواست شغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان دشتستان

محل الصاق

عکس

در این قسمت چیزی ننویسید

۱- نام خانوادگی:		۲- نام:	
۳- نام پدر:		۴- جنسیت: زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد: روز ماه سال		۶- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	
۷- محل سکونت فعلی: شهرستان: بخش:		۱۰- محل صدور شناسنامه:	
۸- شماره شناسنامه:		۹- شماره ملی:	
۱۱- دین: مذهب:		۱۲- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۳- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/>			
۱۴- رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۵- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / / ۱۳		۱۶- محل اخذ دیپلم:	
۱۷- شغل مورد درخواست: (فقط یک شغل)		۱۸- محل جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل)	
۱۹- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: خیابان: ..... کوچه: ..... پلاک: ..... کد پستی: ..... شماره تلفن ثابت: ..... کد شهر: ..... شماره تلفن همراه: .....			
۲۰- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب ..... متقاضی شرکت در آزمون پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت شبانکاره شهرستان دشتستان 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.			
۲۱- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	