

## باسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا  
در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر  
بیمارستانهای خصوصی و غیر دانشگاهی

بیمارستان / مرکز :

نام و نام خانوادگی مشمول :

نام پدر :

کدملی :

رابطه استخدامی/کاری :

قراردادی ( کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...)  شرکתי

متعهدین خدمت  مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

امتیاز*	مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا		تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	واحد محل خدمت	مقطع تحصیلی	مدرک تحصیلی	عنوان شغل
	روز	ماه						

\* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

مراتب فوق مورد تایید می باشد

مسئول بخش مربوطه	مسئول امور اداری بیمارستان	مسئول حراست بیمارستان	رئیس بیمارستان	معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء