

گروه مشاوره بانک استخداام

مشاوره تخصصی ثبت نام و شرکت در
آزمون‌های استخدामी

تماس با مشاوران ما، با شماره گیری

۹۰۹۹۰۷۵۳۰۱

از طریق تلفن ثابت

برگ درخواست شغل بهورزی ازدانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی

۱- نام خانوادگی :		۲- نام	
۳- نام پدر :		۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد : روز		۶- محل تولد : استان : شهرستان	
ماه		بخش : روستا :	
۷- شماره شناسنامه :		۸- کد ملی :	
۹- محل صدور شناسنامه :		۱۰- دین :	
۱۱- وضعیت تاهل : ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>		مذهب :	
۱۲- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضروری ماه سال)		۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری :			
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی درصد			
۲- رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه : روز ماه سال			
۳- آزاد <input type="checkbox"/> مدت اسارت : روز ماه سال			
۴- خانواده معظم شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کارافتاده کلی غیرقادر به انجام کار <input type="checkbox"/> اسراء <input type="checkbox"/> نسبت :			
۵- فرزند شهید <input type="checkbox"/> ۶- فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر <input type="checkbox"/> درصد جانبازی پدر درصد			
۱۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت روز ماه سال)			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <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- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد)			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند ، محل خدمت			
۲۲- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان بخش			
روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی			
شماره تلفن ثابت کد شهر شماره تلفن همراه			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
۲۴- اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پذیرش دانش آموز بهورزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی متن آگهی مربوطه را با دقت و بطور 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 استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
۲۵- تاریخ تنظیم فرم :			
امضاء و اثر انگشت متقاضی			