

فرم تقاضای همکاری با مرکز پزشکی حج و زیارت

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

**لطفا یک قطعه عکس 4×3 بچسبانید**

محرمانه

خراسان رضوی

|  |
| --- |
| **نام : نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی :** |
| **شماره شناسنامه: محل تولد : تاریخ تولد : روز ماه سال شماره گذرنامه :** |
| **وضعیت تاهل: مجرد متاهل مذهب: شیعه تسن واحد معرفی کننده : وضعیت استخدامی :**  0 000000000000000000000ز000000000000ز00  0 000000000000000000000ز000000000000ز00  0 000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00 |
| **آخرین مدرک تحصیلی : رشته : سمت فعلی:** |
| **پست سازمانی طبق آخرین حکم کارگزینی: تخصص : شماره نظام پزشکی / پرستاری** |

|  |
| --- |
| **نشانی محل کار : استان : شهرستان : خیابان : کوچه: پلاک:** |
| **ارگان محل کار : واحد محل کار : تلفن محل کار : کد شهرستان:** |
| **نشانی منزل: استان : شهرستان : خیابان : کوچه: پلاک:** |
| **تلفن منزل : کد شهرستان: تلفن همراه : تلفن ضروری (ترجیحا تلفن همسر):** |
| **سابقه تشرف به عتبات عالیات با مرکز پزشکی: سالهای تشرف : سابقه تشرف به عمره با مرکز پزشکی:سالهای تشرف** |
| **میزان تسلط بر : مکالمه عربی ضعیف متوسط عالی مکالمه زبان انگلیسی ضعیف متوسط عالی**  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00 |
| **میزات تسلط بر امور رایانه ضعیف متوسط عالی**  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00 |
| **سابقه حضور در جبهه : ندارم دارم به مدت .............. سابقه فعالیت در جمعیت هلال احمر به مدت ....................... سال**  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00 |
| **در صورتی که جانباز ، آزاده و یا از اعضای درجه یک خانواده شهدا و مفقودین می باشد بیان فرمایید .** |
| **در حال حاضر در رسته درمانی / تخصصی مرتبط فعالیت دارم : دارم ندارم**  0000000000000000000000ز000000000000ز00  0000000000000000000000ز000000000000ز00  **مشاغل و مسئولیت هایی که عهده دار بوده اید و سایرتجربیات اجرایی خود را بصورت خلاصه مرقوم فرمایید .**  **1:**  **2:**  **3:** |
| **نام و نام خانوادگی همسر : شغل همسر : تعداد فرزندان :** |

|  |
| --- |
| **اینجانب ............................. ضمن قبول اینکه تکمیل و ارسال این فرم هیچ گونه حقی دایر بر انتخابم توسط مرکز پزشکی حج و زیارت ایجاد نخواهد نمود و با آگاهی از مدت ماموریت ، صحت کلی پاسخ های داده شده را در این فرم را تایید می نمایم.**  **نام و نام خانوادگی و امضای داوطلب : تاریخ : مهر نظام پزشکی/ پرستاری** |