

# فرم تقاضای همکاری



محل  
الصاق  
عکس

## (۱) مشخصات پرسنلی :

نام : ..... نام خانوادگی :  
 نام پدر : ..... کد ملی :  
 شماره شناسنامه : .....  
 محل صدور : ..... تابعیت : ..... دین : .....  
 مذهب : .....  
 محل تولد : ..... تاریخ تولد :  
 وضعیت تأهل : مجرد  متأهل  تعداد فرزندان :  
 وضعیت خدمت نظام :  
 آدرس محل سکونت :  
 تلفن ثابت :  
 تلفن همراه :

## (۲) سوابق تحصیلی :

معدل	سال اخذ	رشته تحصیلی	نام محل اخذ مدرک	مدرک تحصیلی

توضیح چنانچه  
 شغل پرستاری می‌باشید ، آیا طرح نیروی انسانی را  گذرانده‌اید  نگذرانده‌اید  
 در حال گذراندن هستید .

## (۳) دوره‌های آموزشی :

عنوان دوره	نام مؤسسه آموزشی	تاریخ اخذ مدرک	مدت / ساعت / دوره

## (۴) سوابق کاری :

عنوان شغل	نوع فعالیت	نام مؤسسه / بیمارستان	از تاریخ	تا تاریخ	علت ترک خدمت	نوع استخدام

## (۵) میزان آشنایی با زبانهای خارجی :

نوع زبان				درک مطلب				نوشتن			
ضعیف	متوسط	خوب	عالی	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
نوع زبان				درک مطلب				نوشتن			

ع ا	خ و	م تو	ض ع	ع ا	خ و	م تو	ض ع	ع ا	خ و	م تو	ض ع	.....
ل ي	ب	س ط	ي ف	ل ي	ب	س ط	ي ف	ل ي	ب	س ط	ي ف	.....

۶) سوابق بیمه :

.....  
 .. سال ..... نوع بیمه  
 شماره بیمه .....

۷) آیا اقوام یا آشنایی دارید که در این بیمارستان کار کند ؟  
 بلي  خیر

در صورت بلي نام و نسبت با نامبرده را بنویسید :

.....

۸) مشخصات معرف :

نام و نام خانوادگی :

.....  
 شغل :

آدرس :

.....

تلفن : .....

۹) از چه زمانی آماده شروع به کار می باشید ؟

۱۰) در چه نوع شیفت کاری آمادگی همکاری دارید ؟

صبح  عصر  شب  صبح

و عصر

۱۱) نام و نام خانوادگی شخصی که بایستی در مواقع ضروری با او تماس گرفت  
 را ذکر نمایید :

نام و نام خانوادگی :

نسبت : .....

شماره تلفن : .....

.....

آدرس :

.....

.....

.....

.....

.....

.....