



برگ درخواست شغل در داروخانه جمعیت هلال احمر استان قزوین

محل الصاق
عکس

۱- نام :		۲- نام خانوادگی :	
۳- نام پدر :		۴- جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
۵- تاریخ تولد : روز		ماه	سال
۶- محل تولد : استان		شهرستان	
۷- شماره شناسنامه :		۸- شماره ملی :	
۹- محل صدور شناسنامه :		۱۰- دین :	
۱۱- وضعیت تاهل : <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد		۱۲- تعداد اولاد :	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه (ویژه آقایان) : دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> دارای معافیت قانونی دائم (غیر از پزشکی) <input type="checkbox"/>			
۱۴- وضعیت اینترگری :			
« <input type="checkbox"/> جانباز درصد جانبازی درصد .			
« <input type="checkbox"/> رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) . مدت حضور در جبهه : روز ماه سال			
« <input type="checkbox"/> آزاده مدت اسارت : روز ماه سال			
« <input type="checkbox"/> فرزند شهید « <input type="checkbox"/> فرزند جانباز ۲۵ درصد و بالاتر <input type="checkbox"/> « <input type="checkbox"/> فرزند آزاده دارای حداقل ۵ سال اسارت <input type="checkbox"/>			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی : <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>			
۱۶- رشته تحصیلی : دانشگاه محل تحصیل :			
۱۷- فرزند همکار شاغل <input type="checkbox"/> فرزند همکار بازنشسته <input type="checkbox"/>			
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / / ۱۳		۱۹- گواهینامه ICDL (هفت مهارت) :	
۲۰- وضعیت اعضای جمعیت هلال احمر : <input type="checkbox"/> نجاتگر ، امدادگر <input type="checkbox"/> (درجه :) <input type="checkbox"/> جوانان <input type="checkbox"/>			
۲۱- نشانی کامل محل سکونت : استان :			
شهرستان		خیابان	کوچه
پلاک		کدپستی	
۲۲- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
شماره تلفن ثابت :		شماره تلفن همراه :	
۲۳- اینجانب متقاضی بکارگیری قراردادی قانون کار در داروخانه جمعیت هلال احمر استان قزوین هستم ضمناً متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه ، و تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای بکارگیری در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	
نام و نام خانوادگی			