



بیمارستان محب مهر

MOHEB MEHR HOSPITAL

کد سند: ۲۲-۳۷-۱-۱۲	شماره بازنگری: ۲	تاریخ آخرین بازنگری: ۹۵/۰۹/۰۱	محدوده کاربری: واحد منابع انسانی - مدیریت پرستاری	تعداد صفحات: ۱: ۱
فرم تقاضای همکاری				

نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	نام:
محل تولد:	تاریخ تولد:	تابعیت:	محل صدور:
<input type="checkbox"/> وضعیت نظام وظیفه: باز خرید خدمت	<input type="checkbox"/> خدمت کرده	از تاریخ لغایت	<input type="checkbox"/> معافیت دائم / موقت
وضعیت تاهل:	تعداد اولاد:	پسر	دختر
گروه خون:	وزن:	قد:	نقص عضو:
			بیماری خاص:
نشانی و شماره تماس:			

(۱) شغل مورد درخواست:

(۲) وضعیت افراد خانواده (در صورت تاهل: همسر و فرزندان، در صورت تجرد: پدر، مادر، خواهران و برادران)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سن	تحصیلات	شغل	نشانی و محل کار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

(۳) تحصیلات

توجه: مراحل تحصیلی و تخصصی خود را از بالاترین مدارج طی شده به پایین در جدول زیر قید فرمائید						
نام موسسه محل تحصیل	تاریخ		رشته تحصیلی	مدرک	معدل	ملاحظات
	شروع	خاتمه				

(۴) دوره های آموزشی

نام موسسه	تاریخ		رشته تحصیلی	مدرک	معدل	ملاحظات
	شروع	خاتمه				



بیمارستان محب مهر

MOHEB MEHR HOSPITAL

کد سند: ۱۲-۱-۳۷-۲۲ شماره بازنگری: ۲ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۵/۰۹/۰۱ محدوده کاربری: واحد منابع انسانی - مدیریت پرستاری تعداد صفحات: ۱ : ۲

فرم تقاضای همکاری

(۵) میزان آشنایی با زبان

ملاحظات	مکالمه				نوشتن				خواندن				نوع زبان
	کم	متوسط	خوب	مسلط	کم	متوسط	خوب	مسلط	کم	متوسط	خوب	مسلط	

(۶) میزان آشنایی با کامپیوتر

ملاحظات	میزان تسلط					نام نرم افزار
	ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی	

(۷) سوابق کاری

توجه: سوابق و تجارب شغلی خود را به ترتیب از آخرین تاریخ طی جدول زیر مرقوم بفرمائید.						
علت ترک خدمت	دریافتی		عنوان شغلی	تاریخ اشتغال		نام و نشانی و تلفن محل خدمت
	مزایا	حقوق		لغایت	از	
سایر تواناییها:						

(۸) سایر اطلاعات

سوابق خدمت در ارگانها و نهادها	حداقل حقوق درخواستی
علاقتمندی به فعالیتهای اجتماعی	تاریخ امکان شروع بکار
طریقه معرفی و مراجعه برای همکاری	

(۹) مشخصات معرف:

نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل و نشانی و تلفن محل کار

اینجانب کلیه مندرجات در این پرسشنامه را با آگاهی کامل و بطور صحیح تکمیل نموده و چنانچه خلاف آن مشاهده گردد بیمارستان مجاز است همکاری خود را با اینجانب راساً و بطور یکجانبه قطع / تجدید نظر نماید. امضا ذیل امضا رسمی اینجانب بوده که در کلیه مدارک و اسناد بیمارستان مورد استفاده قرار خواهد گرفت. امضا و تاریخ تنظیم

اعلام نظر خبره:	اعلام نظر مدیر ارشد: