



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 : ۱

بیمارستان محب مهر

الاسم:	اللقب:	اسم الأب:	رقم جواز السفر:
محل الاصدار:	محل الولادة:	تاريخ الميلاد:	تابعية:
الحالة الزوجية:	عدد الاطفال:	ذكور:	إناث:
زمرة الدم:	الوزن:	الطول:	نقص عضو:
رقم الهاتف وعنوان السكن:		
وضعیت نظام وظیفه:	باز خرید خدمت:	خدمت کرده:	از تاریخ لغایت
عاهه مستدیمة:		
أشخاص آخرين تحت التكفل:		
مرض خاص:		

(۱) شغل مورد درخواست:

(۲) حالة أفراد الأسرة (المتزوج: الزوجة والاطفال، في حال لم تكن متزوجا: الأب، الأم، الاخوان والاخوات)

ردیف	الاسم واللقب	الصلة	العمر	مستوى التعليم	المهنة	عنوان السكن والعمل
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

(۳) مستوى التعليم

ملاحظة: ضع قائمة بالمراحل التعليمية والمهنية من أعلى المستويات التي تم تمريرها في الجدول أدناه						
اسم المؤسسة التعليمية	التاريخ		التخصص	الشهادة	المعدل	ملاحظات
	المباشرة	الإنهاء				

(۴) الدورات التعليمية

اسم المؤسسة	التاريخ		التخصص	الشهادة	المعدل	ملاحظات
	المباشرة	الإنهاء				

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
--------------------	------------------	-------------------------------	---	--------------------

(۵) مستوى إتقان اللغة

ملاحظات	التحدث				الكتابة				القراءة				نوع اللغة
	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز	

(۶) مستوى إتقان العمل على الحاسوب

ملاحظات	مستوى الإتقان					أسم البرنامج
	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز	إتقان كامل	

(۷) سجلات العمل

ملاحظة: أدخل تاريخ عملك وخبرتك بترتيب التاريخ الأخير في الجدول أدناه.

سبب ترك العمل	الراتب		سمة العمل	تاريخ العمل		أسم وهاتف وعنوان مكان العمل
	الحوافز	الراتب الثابت		إلى	من	

إمكانيات أخرى:

(۸) معلومات أخرى

سوابق العمل في دوائر الدولة	الحد الأدنى للراتب المطلوب
الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية	تاريخ البدء بالعمل
كيفية تقديم للتعاون	

(۹) معلومات المعرف:

الأسم واللقب	الصلة	المهنة وعنوان وهاتف العمل
<p>إني لقد أكملت جميع محتويات هذا الاستبيان بمعرفة كاملة وبشكل صحيح، وإذا لوحظ خلاف ذلك، يُسمح للمستشفى بإنهاء /مراجعة تعاونها معي بشكل مباشر ومن جانب واحد. ما يلي هو توقيعى الرسمى، والذي سيتم استخدامه في جميع مستندات المستشفى.</p>		
رأى الخبير:	رأى المدير الأول:	التوقيع وتاريخ الترتيب