

فرم درخواست شغل

شرکت هیژا طب همیار

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		تاریخ تولد:	
محل تولد:			شماره شناسنامه:		
ملیت:		مذهب:		وضعیت تأهل: <input type="radio"/> متأهل <input type="radio"/> مجرد	
تعداد فرزندان:					
آدرس محل سکونت:					
شماره تلفن همراه:		شماره تلفن واتساپ:		شماره تلفن ثابت:	
وضعیت ایثارگری: <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>		فرزند شهید ، جانباز، آزاده، رزمنده، مدافع حرم و ...			
وضعیت جسمانی: <input type="radio"/> سالم <input type="radio"/>		دارای معلولیت / نوع معلولیت:			

مدرک تحصیلی که با آن در آزمون شرکت می نمائید:

آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	تاریخ اخذ آخرین مدرک	معدل

سوابق شغلی و اجرایی:				
محل کار	سمت	تاریخ شروع بکار	تاریخ پایان کار	علت ترک کار

اینجانب کلیه اطلاعات فوق را تأیید نموده و با آگاهی کامل اعلام می نمایم در هر مرحله از آزمون که اطلاعات مورد

تأیید قرار نگیرد از ادامه فرایند آزمون خارج گردم.

امضاء