



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برگ درخواست شرکت در آزمون استخدامی داروخانه هلال احمر  
استان آذربایجان شرقی (تبریز)

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| عنوان شغل مورد درخواست : | تاریخ : |
|--------------------------|---------|

|               |                          |                                                                                                                                                   |
|---------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| محل الصاق عکس | نام:                     | وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تعداد افراد تحت تکفل :                          |
|               | نام خانوادگی:            | وضعیت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> دارای کارت معافیت                                       |
|               | نام پدر:                 | نوع معافیت :                                                                                                                                      |
|               | شماره شناسنامه:          | آیا سابقه پرداخت بیمه دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>مدت پرداخت بیمه : شماره بیمه : |
| مشخصات متقاضی | محل صدور:                |                                                                                                                                                   |
|               | محل تولد:                | وضعیت ایثارگری:                                                                                                                                   |
|               | تاریخ تولد:              | درصد جانبازی : ..... درصد                                                                                                                         |
|               | روز.....ماه.....سال..... | رزمند <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>                                                                                      |
|               | شماره ملی:               | فرزند شهید <input type="checkbox"/>                                                                                                               |
|               | تلفن همراه :             | فرزند جانباز <input type="checkbox"/>                                                                                                             |
|               | تلفن ثابت :              | فرزند آزاده دارای حداقل یک سال اسارت <input type="checkbox"/>                                                                                     |
|               | تلفن تماس اضطراری :      | فرزند رزمند <input type="checkbox"/>                                                                                                              |
|               | نشانی محل سکونت :        |                                                                                                                                                   |
|               | Email:                   |                                                                                                                                                   |

| مقطع تحصیلی  | رشته تحصیلی | گرایش        | نام مراکز آموزشی | تاریخ شروع         | تاریخ پایان | معدل           |
|--------------|-------------|--------------|------------------|--------------------|-------------|----------------|
|              |             |              |                  |                    |             |                |
|              |             |              |                  |                    |             |                |
|              |             |              |                  |                    |             |                |
| سوابق تحصیلی | موسسه       | زمینه فعالیت | سمت              | آخرین حقوق دریافتی | مدت همکاری  | علت قطع همکاری |
|              |             |              |                  |                    | از          | تا             |
|              |             |              |                  |                    |             |                |
|              |             |              |                  |                    |             |                |
| سوابق کاری   | موسسه       | زمینه فعالیت | سمت              | آخرین حقوق دریافتی | مدت همکاری  | علت قطع همکاری |
|              |             |              |                  |                    | از          | تا             |
|              |             |              |                  |                    |             |                |
|              |             |              |                  |                    |             |                |

| نام دوره        | نام موسسه آموزش دهنده | مدت دوره              | سرفصلهای آموزشی طی دوره |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
|                 |                       |                       |                         |
|                 |                       |                       |                         |
|                 |                       |                       |                         |
|                 |                       |                       |                         |
| دوره های آموزشی | نام دوره              | نام موسسه آموزش دهنده | مدت دوره                |
|                 |                       |                       |                         |
|                 |                       |                       |                         |
|                 |                       |                       |                         |
|                 |                       |                       |                         |

اینجانب متقاضی شرکت در آزمون استخدام قراردادی موقت کار در داروخانه جمعیت هلال احمر تبریز، متن آگهی مربوطه را با دقت و بطور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.

تاریخ : امضاء و اثر انگشت: