



فرم درخواست کار

تاریخ تکمیل فرم:

۱. اطلاعات ثابت شخصی:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:/...../..... ۱۳
 محل تولد: محل صدور: مذهب:
 وضعیت نظام وظیفه: در صورت معافیت علت را مرقوم فرمایید:

۲. اطلاعات متغیر شخصی

وضعیت تاهل: مجرد متاهل متارکه فوت همسر
 تعداد اولاد: تعداد افراد تحت تکفل:
 آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی:
 در صورت داشتن بیماری خاص یا انجام عمل جراحی در گذشته توضیح دهید:
 آدرس دقیق محل سکونت فعلی را درج فرمایید:
 تلفن تماس: تلفن همراه: تلفن جهت پیغام:

۳. سوابق تحصیلی (لطفاً حداکثر ۲ مورد آنرا به ترتیب اولویت ذکر فرمائید)

| نام دانشگاه | آدرس | نام دوره | معدل | تاریخ آغاز | تاریخ پایان |
|-------------|------|----------|------|------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

۴. با کدام نوع زبان خارجی آشنائی دارید: میزان آشنائی هر کدام:

۵. میزان آشنائی خود را با کامپیوتر و نرم افزارهای مربوطه توضیح دهید:

۶. سوابق کاری (لطفاً حداکثر ۵ مورد از آخرین سوابق کاری خود را درج فرمائید)

| نام شرکت/موسسه | آدرس و شماره تلفن | شغل | علت ترک خدمت | تاریخ آغاز | تاریخ پایان |
|----------------|-------------------|-----|--------------|------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

۷. سایر موارد:

آیا محدودیتی برای انجام کار در شیفتهای مختلف بیمارستان (شبکاری، آنکالی، شیفت در گردش) ندارید؟

در چه زمینه های کاری تخصص داشته و یا تمایل به فعالیت دارید؟

لطفا در صورت آشنائی یا نسبت با کارکنان این مرکز موارد را نام ببرید:

۸. معرف (لطفا مشخصات ۲ نفر را که مافوق کاری شما در سمتهای گذشته بودند را درج فرمائید)

| شماره تلفن | آدرس محل کار | شغل | نام و نام خانوادگی |
|------------|--------------|-----|--------------------|
| | | | |
| | | | |

اینجانب ضمن پذیرش این موضوع که تکمیل فرم هیچگونه تعهدی برای استخدام ایجاد نمی نماید اقرار می نمایم که کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را صحیح درج نموده و در صورت عدم آن کارفرما مجاز به هر گونه اقدام مقتضی بوده و در صورت استخدام نیز متعهد می گردم هر گونه تغییر در اطلاعات فرم را در اسرع وقت اعلام می نمایم. بدیهی است عدم پاسخ به موارد ذکر شده در فرم به منزله منفی بودن جواب می باشد. ضمناً این فرم بعنوان امضای رسمی در کلیه امکانات مربوطه معرفی می شود.

امضاء

تاریخ:

۱. قبول با امتیاز ۲-مردود با امتیاز

توضیحات:

حداکثر امتیاز ۱۰۰ منظور شود.

تاریخ:

نظریه کمیته استخدام:

مسئول کارگزینی

مدیر بهبود کیفیت

مدیر پرستاری

مدیریت بیمارستان:

مسئول امور مالی:

مسئول گروه چشم: