



برگ درخواست شرکت در آزمون استخدامی داروخانه هلال احمر اردبیل و خلخال

نام خانوادگی :		نام :	
نام پدر :			
تاریخ تولد: روز		ماه	سال
۵- محل تولد: استان		شهرستان	
شماره شناسنامه:		۸- شماره ملی :	
۷- شماره شناسنامه:		۹- محل صدور شناسنامه:	
۱۰- وضعیت نظام وظیفه : ۱- دارای کارت پایان خدمت ☐ ۲- دارای معافیت قانونی دائم / غیر پزشکی ☐			
۱۱- وضعیت ایثارگری :			
۱- جانباز ☐		درصد جانبازی درصد	
۲- رزمنده ☐		مدت حضور در جبهه : روز	
۳- آزاده ☐		مدت اسارت : روز	
۴- فرزند شهید ☐		۵- فرزند جانباز ☐	
۶- فرزند آزاده دارای حداقل یکسال اسارت ☐		فرزند رزمنده: ☐	
۱۲- آخرین مدرک تحصیلی : ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐			
۱۳- رشته تحصیلی :			
۱۴- شهرستان جغرافیایی مورد تقاضا (فقط یک محل) نام داروخانه :			
۱۵- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی : / /			
۱۶- نشانی کامل محل سکونت : استان : شهرستان : خیابان : کوچه : طبقه : پلاک : کد پستی :			
۱۷- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
شماره تلفن ثابت		کد شهر	
شماره تلفن همراه			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون استخدام قراردادی موقت کارداروخانه متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلی به مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هرگونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم .			
۱۸- تاریخ تنظیم فرم :		امضاء و اثر انگشت متقاضی	
نام و نام خانوادگی :			