

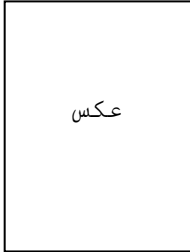


IR.FO.23

شماره

با زنگری: 01

لطفا فرم زیر را با دقت کامل تکمیل نمایید.



شماره نظام:

نام:

نام خانوادگی:

کد ملی:

شماره شناسنامه:

تاریخ تولد:

تلفن همراه:

تلفن منزل:

تلفن مطب:

یمیل:

رشته:

تخصص:

رتبه:

وضعیت استخدام:

رسمیت قطعی

رسمیا آزمایشی

پیمانی

تعهدات قانونی (ضریب K)

قراردادی

سال استخدام:

وضعیت حضور:  تمام وقت جغرافیایی

تمام وقت عادی

مامور

انتقال

درمانی

---

ارائه مدارک ذیل الزامی است

1- کپی شناسنامه و کارت ملی 2- کپی آخرین حکم حقوقی 3- یک قطعه عکس