

محل الصاق عکس		برگ درخواست شغل بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر	
نام خانوادگی:		۱- نام خانوادگی:	
نام پدر:		۲- نام	
۳- تاریخ تولد: روز ماه سال		۴- جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:		۶- محل تولد: استان: شهرستان: بخش:	
۷- شماره شناسنامه:		۸- کد ملی:	
۹- محل صدور شناسنامه:		۱۰- دین: مذهب:	
۱۱- وضعیت تاهل: ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>		۱۲- وضعیت نظام وظیفه: ۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه سال) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>	
۱۳- وضعیت ایثارگری:			
۱- جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی درصد			
۲- رزمنده (به مدت ۹ ماه متوالی یا ۱۲ ماه متناوب) مدت حضور در جبهه: روز ماه سال			
۳- آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت: روز ماه سال			
۴- خانواده معظم شهدا <input type="checkbox"/> مفقودین <input type="checkbox"/> جانبازان از کار افتاده کلی غیر قادر به انجام کار <input type="checkbox"/> اسراء <input type="checkbox"/> نسبت			
۵- فرزند شهید <input type="checkbox"/> ۶- فرزند جانباز ۲۵ درصد بالاتر <input type="checkbox"/> درصد جانبازی پدر درصد			
۱۴- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- افراد بومی <input type="checkbox"/>			
۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان <input type="checkbox"/> (مدت خدمت روز ... ماه ... سال)			
۱۵- آخرین مدرک تحصیلی: دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>			
۱۶ رشته تحصیلی:		گرایش تحصیلی: معدل:	
۱۷- دانشگاه محل تحصیل:		استان محل تحصیل:	
۱۸- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:/...../۱۳		۱۹- محل اخذ دیپلم:	
۲۰- محل جغرافیایی شغل بهورزی مورد تقاضا (فقط روستایی انتخاب شود که فرد متقاضی بومی آن روستا باشد).....			
۲۱- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت			
۲۲- نشانی کامل: محل سکونت: استان: شهرستان: روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی: شماره تلفن ثابت: کد روستا: شماره تلفن همراه:			
۲۳- شماره تلفن برای تماس ضروری:			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پیمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر متن آگهی را با دقت و به طور 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) هر گونه حقی را برای استخدام در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
۲۴- تاریخ تنظیم فرم:		امضاء و اثر انگشت متقاضی	