درمانگاه شبانه روزی کودکان
ارمغان سلامت

خواهشمند است جهت تکمیل پرونده خود در کلینیک شبانه روزی ارمغان سلامت فرم ذیل را کامل نمایید .

مشخصات فردی	نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: محل تولد:	شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر:		وضعیت نظام وظیفه(آقایان) انجام شده ◯ معافیت ◯ نوع معافیت: سایر: .....
	میزان سابقه کار: سال.....	**ماه.....**	**شماره نظام پزشکی :**	
	آدرس پستی محل سکونت:		**شماره تلفن ثابت:**	
	آدرس پست الکترونیکی (Email):	**شماره تلفن همراه:**	**شماره تلفن تماس در مواقع ضروری:**	

	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی/ گرایش	نام مرکز آموزشی	کشور/ شهر	زمان تحصیل		معدل
					از	تا	
سوابق تحصیلی	پزشک عمومی						
	پزشک متخصص						
	پزشک فوق تخصص						
	سایر موارد						

* لطفا سوابق خود را از آخر به اول بنویسید. در صورت نیاز، رزومه کاری ضمیمه گردد.

	نام موسسه	کشور/ شهر	زمان اشتغال		نوع قرارداد	سمت/ عنوان شغلی	علت ترک	میزان آخرین حقوق دریافتی (ریال)
			از	تا				
سوابق شغلی								

سوابق گذراندن دوره های آموزشی و تخصصی وهر نوع مهارتی: