

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:	شماره شناسنامه:				انجام شده <input type="radio"/> معافیت <input type="radio"/>		
	نام خانوادگی:	کد ملی:				وضعیت نظام وظیفه (آقایان):		نوع معافیت:
	تاریخ تولد:	نام پدر:				سایر:		
	محل تولد:							
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:				

معدل	زمان تحصیل		کشور / شهر	نام مرکز آموزشی	رشته تحصیلی / گرایش	مدرک تحصیلی	سوابق تحصیلی
	تا	از					
						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.

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

سوابق گذراندن دوره های آموزشی و تخصصی و هر نوع مهارتی: