



مرکز جامع تصویربرداری پزشکی توسکا

فرم استخدامی

نام خانوادگی: نام: نام پدر: محل صدور:

شماره شناسنامه: کدملی: تاریخ تولد: مدرک تحصیلی:

وضعیت خدمت و وظیفه:

☐ کارت پایان خدمت ☐ کارت معافیت ☐ خدمت وظیفه ندارد

وضعیت تاهل:

☐ متاهل ☐ مجرد ☐ تعداد فرزند

سوابق شغلی:

نام موسسه یا شرکت	از تاریخ	تا تاریخ	آخرین سمت	مدت بیمه

گواهینامه مهارت های اخذ شده

نام موسسه	نوع گواهینامه	تاریخ اخذ

مهارت هایی که تاکنون اخذ کرده اید (بدون دریافت گواهینامه و گذراندن کلاس در آموزشگاه؟).....

درخواست استخدام در کدام بخش از مرکز را دارید؟.....

آیا سابقه کاری مفید در ارتباط با شغل درخواستی خود را دارید؟.....

آیا مایلید بیشتر از ساعات اداری کار کنید؟.....

آیا دوستان یا خویشاوندانی دارید که در این سازمان شاغل باشد ؟

نام و نشانی فردی که می توان در مواقع ضروری با او تماس گرفت؟

فکر می کنید سرپرست شما چه تعهداتی در قبال شما دارند؟

آیا به غیر از این شغل در این سازمان ، برای مشاغل دیگری نیز درخواست کار کردید؟

انگیزه شما از کار در این موسسه چیست ؟

فکر می کنید حقوق شما باید در چه حدی باشد؟

نظرات و پیشنهادات :

.....

.....

آدرس محل سکونت :

.....

.....

شماره تماس ثابت : شماره تماس همراه :

در صورت داشتن معرف ، نام معرف خود به همراه شماره تماس ایشان را قید فرمایید :

صحت اطلاعات فوق تایید می شود

نظر سرپرست منابع انسانی :

.....

.....

نظر هیئت مدیره :

.....

.....

نام و امضا تایید کننده :

نام و امضا تصویب کننده :