

## فرم ثبت اطلاعات فردی

### شرکت مدیا طب تجهیز

تاریخ: ..... / ..... / ۱۴.....

#### \* موارد ستاره دار (\*) تکمیل گردد \*

#### اطلاعات فردی

* نام پدر:	* متولد: ..... / ..... / .....	ش ش:	کد ملی:	* نام و نام خانوادگی:	
* شغل مادر:	* شغل پدر:	* دین:	* تابعیت:	گروه خونی:	* محل صدور:
* شغل همسر:	افراد تحت تکفل:	* تعداد فرزند:	<input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد		
* سابقه بیماری:		نوع معافیت:		<input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> پایان خدمت	
* سابقه بیمه: ..... سال ..... ماه		* متقاضی کار در رشته:			
آیا بستگان و اقوام شما در حوزه تجهیزات پزشکی سابقه یا فعالیتی داشته یا دارند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر					
* آدرس: .....					
* شماره تلفن (الزامی): ..... * تلفن ثابت: .....					

#### \* سابقه تحصیلی

مقطع	رشته / گرایش	دانشگاه	معدل	از تاریخ	تا تاریخ	آدرس
				..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	
				..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	

#### \* سابقه کار (از آخر به اول)

نام شرکت	زمینه فعالیت	عنوان شغلی	از تاریخ	تا تاریخ	علت ترک کار	حقوق دریافتی (ریال)	آدرس
			..... / ..... / .....	..... / ..... / .....			
			..... / ..... / .....	..... / ..... / .....			
			..... / ..... / .....	..... / ..... / .....			

#### \* معرف و ارتباطات ضروری

* معرف	نام و نام خانوادگی	شغل	نوع آشنایی	شماره تلفن	آدرس
* ارتباطات ضروری					
حقوق پیشنهادی (الزامی): .....			از چه زمانی آمادگی همکاری دارید؟		

#### \* مهارت و دوره های آموزشی

نام دوره	مدرک	نام مؤسسه	از تاریخ	تا تاریخ	آدرس
			..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	
			..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	
			..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	

تاریخ شروع به کار: ..... / ..... / ..... تاریخ شروع بیمه: ..... / ..... / ..... تاریخ ترک کار: ..... / ..... / .....

شماره کارت: ..... شماره حساب: ..... بانک: .....

امضا و اثر انگشت

**\* اینجانب آقا / خانم ..... صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.**

لطفاً فرم مذکور را تکمیل کرده و به آدرس ایمیل شرکت ارسال نمایید.