



باسمه تعالی

شماره:
تاریخ:

محل الصاق
عکس

پرسشنامه مشخصات افراد حقیقی

مشخصات فردی:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
سال تولد:	محل صدور:	متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	کد ملی:
جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	آیا اتباع خارجی هستید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تعداد فرزندان:
شماره بیمه:			

مشخصات علمی و تحصیلی:

آخرین مدرک تحصیلی:	ابتدایی <input type="checkbox"/> سیکل <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق <input type="checkbox"/>
	لیسانس <input type="checkbox"/> دکترا (غیر پزشکی) <input type="checkbox"/> تحصیلات حوزوی <input type="checkbox"/> دکتری عمومی پزشکی <input type="checkbox"/>
	تخصص پزشکی <input type="checkbox"/> فوق تخصص پزشکی <input type="checkbox"/>
رشته تحصیلی:	گرایش تحصیلی:
قصد ادامه تحصیل:	دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>

مشخصات محل سکونت:

استان:	شهر / روستا:	کد پستی:	تلفن همراه:
آدرس دقیق پستی:			
کد شهر:	تلفن ثابت:	تلفن ضروری:	پست الکترونیکی:

مشخصات شغلی:

شغل مورد نظر:	سابقه کار: سال	تلفن ضروری:	تلفن محل کار:
آدرس محل کار:	نمبر محل کار:		



تخصص های دیگر :

ردیف	نوع تخصص	سابقه کار	مجوزها	توضیحات
۱				
۲				
۳				

نام معرف و یا دو نفر که شما را کامل می شناسند :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل و آدرس محل کار	شماره تماس
۱				
۲				

آیا دارای بیماری خاصی می باشید؟ بلی خیر
 نام بیماری:

آیا دارای محکومیت کیفری می باشید: بلی خیر
 توضیحات:

اگر توانایی و یا نکته خاص دیگری وجود دارد که می تواند در فرآیند جذب و همکاری مؤثر باشد، لطفا در کادر زیر بیان نمایید

اینجانب: صحت مندرجات فوق را تأیید و تضمین می نمایم.

امضاء تاریخ:

نام و نام خانوادگی پرسشگر:	تاریخ تنظیم:
توضیحات:	
امضاء	