

محل الصاق عکس	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> تاریخ ازدواج: _____ تاریخ متارکه: _____	نام خانوادگی:
	وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> نوع معافیت پزشکی: _____ نوع معافیت غیر پزشکی: _____	نام پدر:
محل سکونت: آدرس: _____		شماره شناسنامه:
منزل شخصی <input type="radio"/> منزل اجاره ای <input type="radio"/> سایر (مانند منزل پدری و ...) <input type="radio"/> در صورت اجاره ای بودن منزل، میزان اجاره بها: _____ نشانی پست الکترونیکی: _____		شماره ملی:
شماره تلفن منزل: _____ شماره تلفن همراه: _____		محل صدور:
نام و نام خانوادگی همسر: _____ تاریخ تولد همسر: _____		محل تولد:
محل تولد همسر: _____ تحصیلات همسر: _____ ساعت کار همسر: _____		تاریخ تولد: ۱۳ / /
محل کار همسر: _____ شغل همسر: _____ شماره تلفن همسر: _____		دین:
		مذهب:
		ملیت:
		نظام پرستاری/مامایی:

مشخصات متقاضی

اطلاعات فرزندان		
تعداد فرزندان:	۳- نام:	وضعیت تحصیلی/اشتغال:
۱- نام:	سال تولد:	وضعیت تحصیلی/اشتغال:
۲- نام:	سال تولد:	وضعیت تحصیلی/اشتغال:
۳- نام:	سال تولد:	وضعیت تحصیلی/اشتغال:
۴- نام:	سال تولد:	وضعیت تحصیلی/اشتغال:
۵- نام:	سال تولد:	وضعیت تحصیلی/اشتغال:

اطلاعات فردی که در مواقع اضطراری با ایشان می توان تماس گرفت:				
نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت

تماس ضروری

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	گرایش	نام مرکز آموزشی	شروع	پایان	معدل
دوره متوسطه						
کاردانی						
کارشناسی						
کارشناسی ارشد						
دکتری						

سوابق تحصیلی

نام سازمان:	واحد خدمت:	سمت شغلی:	تاریخ شروع:	تاریخ پایان:
آخرین حقوق دریافتی:	ریال	علت پایان خدمت:		
نام سازمان:	واحد خدمت:	سمت شغلی:	تاریخ شروع:	تاریخ پایان:
آخرین حقوق دریافتی:	ریال	علت پایان خدمت:		
نام سازمان:	واحد خدمت:	سمت شغلی:	تاریخ شروع:	تاریخ پایان:
آخرین حقوق دریافتی:	ریال	علت پایان خدمت:		

سوابق شغلی

در صورتیکه با فرد یا افرادی در این بیمارستان آشنایی یا نسبتی دارید نام ببرید.

در صورت معرفی از طرف فرد یا سازمان، مشخصات معرف خود را در جدول ذیل دقیقاً ذکر نمائید.

نام و نام خانوادگی	نشانی	شغل	شماره تماس

مشخصات دو نفر که شما را به خوبی می شناسند در جدول ذیل بنویسید.

نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	نشانی	شماره تماس

در چه شغلی می توانید همکاری نمائید؟

در چه شیفت هایی می توانید همکاری نمائید؟ صبح عصر شب عصر و شب

لطفاً توانایی ها و ضعف های خود را از دید خود و دیگران لیست کنید (پرکردن این بخش الزامی است).

در حال حاضر مهمترین دغدغه های ذهنی شما چیست؟

آیا سابقه مصرف دارو دارید؟ در صورت استفاده از دارو، نام و علت تجویز دارو را ذکر نمایید؟

در صورت انجام هر گونه عمل جراحی، داشتن نقص عضو و یا بیماری، موارد آن را بیان نمائید.

علت نقص عضو/جراحی:

آیا محکومیت کیفری داشته اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن با ذکر دلائل و مدت آن:

آیا قبلاً در این بیمارستان اشتغال به کار داشته اید؟ بلی خیر علت قطع رابطه کاری را ذکر کنید.

مطالعات غیر شغلی شما به چه میزان و در چه زمینه ای است؟

کدام یک از مشاغلی که تاکنون داشته اید برای شما جالب تر بوده و رضایت شما را تأمین کرده است؟

آیا در هنگام تحصیل و کار موفقیتی کسب کرده اید و در این مورد مقاله یا مطلبی تهیه نموده اید؟

به چه ورزش هایی علاقمندید و کدام را انجام می دهید.

آیا به عنوان یک مرجع میتوان با کارفرمای فعلی شما تماس گرفت؟

آیا دارای سابقه پرداخت حق بیمه هستید؟ در صورت مثبت بودن چند سال و شماره بیمه:

از چه تاریخی می توانید شروع به کار نمائید؟

با چه مبلغ حقوق و مزایا میتوانید مشغول به کار شوید؟

تکمیل این پرسش نامه الزامی هیچ گونه تعهدی نسبت به استخدام در این بیمارستان ایجاد نمی نماید و اینجانب تعهد می نمایم که کلیه پاسخهای داده شده مطابق با واقعیت است و چنانچه در هر زمان خلاف اظهارات مندرج در این پرسشنامه اثبات گردد، بیمارستان صارم حق برکناری و پیگیری قانونی را خواهد داشت.

نام و نام خانوادگی متقاضی:

تاریخ: امضاء:

شرح نتیجه مصاحبه انجام شده		تیم مصاحبه کننده (نام و نام خانوادگی و سمت سازمانی)		نتایج مصاحبه و ارزیابی های عمومی
سمت پیشنهادی سازمانی	نقاط قوت	نقاط ضعف		
<p>با توجه به نتایج مصاحبه انجام شده به شرح فوق، مراتب مورد تأیید اعضای تیم می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/></p> <p>امضاء اعضای تیم (با ذکر نام ، نام خانوادگی و تاریخ):</p>				

شرح مصاحبه انجام شده		تیم مصاحبه کننده (نام و نام خانوادگی و سمت سازمانی)		نتایج مصاحبه و ارزیابی های تخصصی
سمت پیشنهادی سازمانی	نقاط قوت	نقاط ضعف		
<p>با توجه به نتایج مصاحبه انجام شده به شرح فوق، مراتب مورد تأیید اعضای تیم می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/></p> <p>امضاء اعضای تیم (با ذکر نام ، نام خانوادگی و تاریخ):</p>				

ریاست بیمارستان	
<p>- با جذب نامبرده به صورت آزمایشی <input type="checkbox"/> ماه با سمت شغلی از تاریخ موافقت می گردد.</p> <p>- با جذب نامبرده به صورت قراردادی <input type="checkbox"/> ماه با سمت شغلی از تاریخ موافقت می گردد.</p> <p>- با جذب نامبرده موافقت نمی شود. <input type="checkbox"/></p>	<p>تاریخ:</p> <p>امضاء:</p>