



بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی صارم

کد فرم : F621059-03

فرم تقاضای همکاری پزشکان

۱- اطلاعات شخصی:

تاریخ:

| | | |
|--|--|--------------------|
| نام و نام خانوادگی: | جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | تاریخ تولد: |
| محل تولد: | نام پدر: | شغل پدر: |
| شماره نظام پزشکی: | شماره شناسنامه: | محل صدور شناسنامه: |
| وضعیت هیئت علمی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | نوع هیئت علمی: | ملیت / مذهب: |
| وضعیت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام گرفته <input type="checkbox"/> انجام نگرفته | وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> سایر | تعداد فرزند: |

۲- سوابق خانوادگی:

| | |
|---------------------|-------------|
| نام و نام خانوادگی: | مشخصات همسر |
| میزان تحصیلات: | |
| شغل همسر: | |
| آدرس محل کار: | |

۳- لطفا سوابق تحصیلی و تخصصی خود را بیان بفرمایید :

| ردیف | مدرک تحصیلی | رشته تحصیلی | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | معدل | نام و محل آموزش |
|------|-------------|-------------|------------|-------------|------|-----------------|
| ۱ | | | | | | |
| ۲ | | | | | | |
| ۳ | | | | | | |

۴- دوره های آموزشی تخصصی یا فوق تخصصی:

| ردیف | نام دوره تخصصی | نام و محل موسسه آموزشی | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | شماره گواهینامه |
|------|----------------|------------------------|------------|-------------|-----------------|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |
| ۳ | | | | | |

۵- زمینه های همکاری که آمادگی انجام آن را در حال حاضر دارید؟

| ردیف | زمینه همکاری | سایر توضیحات | ردیف | زمینه همکاری | سایر توضیحات |
|------|--------------|--------------|------|-----------------------------|--------------|
| ۱ | کلینیک | | ۳ | دوره فلو شیپ (ذکر نام دوره) | |
| ۲ | کشیک شب | | ۴ | پرویلج | |



بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی صارم

کد فرم : F621059-03

فرم تقاضای همکاری پزشکان

- ۶- آشنائی به زبان های خارجی (با ذکر نوع زبان): کم متوسط عالی
- ۷- تالیفات و آخرین مقالات علمی چاپ شده خود را بنویسید؟

۸- سوابق کاری (نام بیمارستان ها و مراکز طرف همکاری):

| ردیف | نام محل کار | سمت | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | علت خاتمه | تلفن |
|------|-------------|-----|------------|-------------|-----------|------|
| ۱ | | | | | | |
| ۲ | | | | | | |
| ۳ | | | | | | |

۹- لطفا در صورت اشتغال به کار در درمانگاه/ داروخانه/ بیمارستان لطفا با ذکر محل اشتغال در جدول ذیل اعلام نمایید.

| ردیف | درمانگاه/ داروخانه/ بیمارستان | سمت | تاریخ شروع | تلفن |
|------|-------------------------------|-----|------------|------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |

۱۰- مشخصات معرف:

| نام و نام خانوادگی | شغل | نشانی محل کار و تلفن |
|--------------------|-----|----------------------|
| | | |

۱۱- آشنایی شما با این مجموعه از چه طریقی بوده است؟

۱۲- آیا از منسوبین شما در این مجموعه شاغل هستند؟

۱۳- لطفاً نام و شماره تلفن فردی را که در موارد ضروری می توان با ایشان تماس گرفت ذکر فرمایید.

| نام و نام خانوادگی | نسبت | نشانی | شغل | شماره تماس |
|--------------------|------|-------|-----|------------|
| | | | | |

۱۴- وضعیت مطب: مطب دارم (فعال است). مطب دارم (غیر فعال است). مطب ندارم.

۱۴-۱ در صورت داشتن مطب: آدرس مطب: _____ تلفن مطب: _____

۱۵- آدرس محل سکونت: _____

تلفن محل سکونت: _____ تلفن همراه: _____

اینجانب متقاضی اشتغال در بیمارستان صارم، بدینوسیله ضمن تأیید مطالب و مندرجات فوق الذکر، به ریاست بیمارستان اختیار می دهم که در صورت نیاز به تحقیق سوابق شغلی و شخصی اقدام نموده و در صورت پذیرفته شدن، قوانین و مقررات داخلی و همچنین موازین شرعی و شئون اسلامی را رعایت بنمایم. بدیهی است در صورت احراز عدم صحت مطالب فوق، ضمن پرداخت کلیه خسارت وارده ریاست می تواند نسبت به پایان کار راساً اقدام نماید.

امضاء و تاریخ

مصاحبه نهایی / نظر ریاست:

امضاء