



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

محل
الصاق عکس

برگ درخواست شغل مامایی از دانشکده علوم پزشکی شهرستان خلخال

۱- نام :		۲- نام خانوادگی :	
۳- نام پدر :		۴- تاریخ تولد: روز ماه سال	
۵- محل تولد براساس مندرجات شناسنامه :		۶- شماره شناسنامه:	
استان :		شهرستان :	
بخش :		روستا :	
۷- کدملی:		۸- محل صدور شناسنامه:	
۹: مدت زمان گذراندن طرح :			
۱۰- دین:		۱۱- وضعیت تاهل : ۱- متاهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/>	
۱۲- آخرین مدرک تحصیلی :		۱- <input type="checkbox"/> نام رشته تحصیلی ۲- کارشناسی مرتبط <input type="checkbox"/> نام رشته تحصیلی	
۱۳- محل اخذ مدرک تحصیلی :		۱۴- معدل:	
۱۵- داوطلب ثبت نام برای مرکز :		
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پذیرش مامایی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خلخال ، متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم. در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی (قبل و بعد از اشتغال) هر گونه حقی را برای بکارگیری در آن دستگاه از خود سلب می نمایم.			
۱۶- تاریخ تنظیم فرم:		امضا و اثر انگشت متقاضی :	