



فرم پرسشنامه استخدامی

گروه پزشکی شفا

۱- اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: / / ۱۳
کد ملی:	تاریخ و محل صدور شناسنامه:	محل تولد:	دین (مذهب):
وضعیت تاهل: مجرد متاهل معیل تعداد فرزند ملیت:			
سلامت وضعیت رومی و جسمانی بلی غیر در صورت غیر توضیح دهید:			

۲- خدمت نظام وظیفه برای آقایان: انجام داده معاف از خدمت

: ذکر نوع و علت معافیت:

۳- شغل مورد درخواست:

۴- سوابق تحصیلی و آموزشی:

مدرك تمصیلی (به ترتیب آخرین مدرک)	رشته تمصیلی	معدل کل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نام مؤسسه آموزشی	شهر - کشور

۵- تجربیات شغلی:

نام سازمان یا بیمارستان (به ترتیب از آخرین سابقه)	سمت / شغل	مدت سابقه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	آزمین مقوق و مزایا/ریال	علت ترک خدمت

۶- آشنایی به زبانهای خارجی ، کامپیوتر و سایر دوره ها:

نام زبان / وضعیت		ضعیف	متوسط	فوب	عالی	نام زبان / وضعیت		ضعیف	متوسط	فوب	عالی
انگلیسی	فوائدن						فوائدن				
	نوشتن						نوشتن				
	مکالمه						مکالمه				

○ windows ○ Word ○ Excell ○ Acess ○ internet ○ Power Point ○ type ○ سایر:

آشنایی با کامپیوتر:

گواهینامه نوره های فنی و
حرفه ای یا موسسات آموزشی

ردیف	نام دوره آموزشی	نام موسسه آموزشی	مدت دوره	تاریخ شروع	تاریخ پایان	توضیحات
۱						
۲						

۸- فعالیت های علمی:

○ ارائه سمینار ○ تدوین کتاب یا مقاله علمی ○ سایر فعالیت های علمی

۹- نمونه همکاری:

تمایل به همکاری بصورت : ○ تمام وقت ○ پاره وقت
در صورت تمایل به کار پاره وقت ساعات و روزهای همکاری را دقیقاً اعلام فرمایید.

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

۱۱- چگونگی آشنایی شما با بیمارستان : بامعرف ○ نام معرف بدون معرف ○

۱۲- دونفر از کسانی که شما را به موبی می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما ندارند را ذکر فرمایید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	نشانی و محل کار	تلفن

۱۳- آیا قبلاً در این بیمارستان اشتغال به کار داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

علت قطع رابطه کاری را ذکر کنید

۱۴- اکنون مشغول به کار هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورت لزوم آیا می توانید تضمین بدهید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۵- حقوق مورد انتظار: ☐ برابر ضوابط بیمارستان ☐ پیشنهادی ☐ مبلغ پیشنهادی

۱۶- افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی	جنسیت	نسبت با کارمند	تاریخ تولد روز / ماه / سال	میزان تمصیلات	شغل

۱۷- آدرس محل سکونت:

منزل شخصی ○ منزل اجاره ای ○ سایر ○ توضیح:

آدرس و محل سکونت : تلفن تماس

بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تایید و گواهی می نمایم.

نام و نام خانوادگی :

امضاء و تاریخ:

توجه: تکمیل نمودن این فرم هیچگونه تعهدی در قبال استخدام شما برای بیمارستان ایجاد نمی نماید.

قسمت زیر توسط بیمارستان تکمیل می گردد.

نتیجه ارزیابی مصاحبه:

مصاحبه کننده :

امضاء