



فرم درخواست همکاری و مشخصات فردی

شرکت آوای سلامت (VIP4CARE)

نام خانوادگی:		نام:	
نام پدر:		تاریخ تولد:	
کد ملی:		شماره شناسنامه:	
متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>			
وضعیت خدمت: خدمت کرده <input type="checkbox"/> خدمت نکرده <input type="checkbox"/> درحال خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/>			
نشانی محل سکونت:			
نشانی و تلفن یکی از خویشاوندان:			
نشانی محل کار قبلی:			
شماره تلفن همراه:		شماره تلفن منزل:	
در کدامیک از شبکه های اجتماعی داخلی فعال هستید؟		شماره تلفن محل کار:	
		ساعت کاری:	

☐ متقاضی همکاری در کدامیک از پست های زیر می باشید؟

پزشک: عمومی ☐ متخصص ☐ نوع تخصص ☐

پرستار(نرس) ☐ مهارت های خود را بنویسید:

کمک پرستار ☐ ساعتی ☐ شبانه روزی ☐

مراقب بیمار در بیمارستان ☐ در منزل ☐

مراقب سالمند ☐ ساعتی ☐ شبانه روزی ☐

مراقب کودک ☐ ساعتی ☐ شبانه روزی ☐

فیزیو تراپی ☐ کار درمانی ☐ مامایی ☐ شنوایی سنجی ☐

روانشناسی و مشاوره ☐

تغذیه ☐ مشاوره ورزشی ☐ گفتار درمانی ☐

سایر موارد: لطفا ذکر شود:

سوابق تحصیلی :

معدل	شهر محل تحصیل	نام واحد آموزشی	مقطع	گرایش	رشته	مدرک تحصیلی

سوابق کاری : از آخر به اول

معرف :

زبان خارجی:

وسیله ی نقلیه:

ساعات و روزهای همکاری با آوای سلامت:

مناطق تحت پوشش در تهران:

اینجانب صحت موارد فوق را تأیید میکنم. و متعهد میشوم به محض تغییر در شرایط گفته شده از قبیل اشتغال و یا تغییر ساعت کاری و آدرس اطلاع بدهم.

تاریخ : امضاء

اظهار نظر مدیریت: