** بنام یگانه ی بی همتا تاریخ / /**

**فرم درخواست همکاری و مشخصات فردی**

**شرکت آوای سلامت (VIP4CARE)**

|  |  |
| --- | --- |
| نام : | نام خانوادگی: |
| تاریخ تولد: | نام پدر: |
| شماره شناسنامه : | کد ملی: مجرد🞏 متاهل🞏 |
| وضعیت خدمت : خدمت کرده🞏 خدمت نکرده🞏 درحال خدمت🞏 معاف🞏 | |
| نشانی محل سکونت: | |
| نشانی و تلفن یکی از خویشاوندان: | |
| نشانی محل کار قبلی : | |
| شماره تلفن منزل: | شماره تلفن همراه: |
| شماره تلفن محل کار:  ساعت کاری: | در کدامیک از شبکه های اجتماعی داخلی فعال هستید؟ |

**🞏متقاضی همکاری در کدامیک از پست های زیل 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 :**

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

**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 تائید 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: