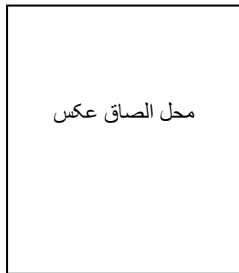


فرم درخواست تدریس در مجتمع آموزش عالی سلامت

مشخصات فردی :



نام خانوادگی : نام پدر :
 شماره شناسنامه : تاریخ تولد : محل تولد : محل صدور :
 کد ملی : وضعیت تاهل : متاهل مجرد تعداد فرزند :
 وضعیت نظام وظیفه : پایان خدمت ، معافیت پزشکی ، معافیت غیر پزشکی
 سوابق ایثارگری : خانواده شهید جانباز آزاده حضور داوطلبانه در جبهه
 وضعیت استخدامی : رسمی پیمانی قراردادی طرحی
 نام محل خدمت : شغل فعلی : سابقه کار :
 نشانی محل کار : تلفن محل کار :
 نشانی محل سکونت : تلفن محل سکونت :
 نشانی پست الکترونیک : تلفن همراه :

سوابق تحصیلات دانشگاهی :

| ردیف | مقطع تحصیلی | رشته تحصیلی | معدل / رتبه | دانشگاه محل تحصیل | تاریخ شروع | تاریخ پایان |
|------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------------|------------|-------------|
| ۱ | کارشناسی | | | | | |
| ۲ | کارشناسی ارشد / دکتری عمومی | | | | | |
| ۳ | PHD | | | | | |

* عناوین مورد علاقه جهت تدریس :

| ردیف | عنوان درس | ردیف | عنوان درس |
|------|-----------|------|-----------|
| ۱ | | ۴ | |
| ۲ | | ۵ | |
| ۳ | | ۶ | |

* عناوین مطابق با نیم رخ تحصیلی رشته کاردانی فوریتهای پزشکی و همچنین متناسب با رشته تحصیلی انتخاب شود.

اینجانب متقاضی تدریس در مجتمع آموزش عالی سلامت خمینی شهر ، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم و می پذیرم هر گونه اطلاعاتی خلاف واقع منجر به لغو فعالیت اینجانب در صورت بکارگیری خواهد بود. بدیهی است با تکمیل این فرم و ارسال مدارک هیچگونه تعهدی برای جذب اینجانب ایجاد نمی گردد.

امضاء و تاریخ