

## تقاضانامه استخدام شرکت توس طب فارمد

| اطلاعات اولیه  |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
|--|--|----------------|---|---|---|-------|--|--|--|
| نام خانوادگی   |  |                | نام   |   |   |       |  |  |  |
| نام پدر  |  | شماره شناسنامه |   | محل صدور                                    |   |       |  |  |  |
| تاریخ تولد: روز  |  | ماه            |   | سال   |   | جنسیت |  |  |  |
| وضعیت خدمت   |  |                | دارای مدرک معافیت                                   |   |   |       |  |  |  |
| وضعیت تاهل   |  |                | تعداد افراد تحت تکفل                                |   |   |       |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی همسر  |  |                | تلفن محل کار همسر                                   |   |   |       |  |  |  |
| نشانی کامل محل سکونت   |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| تلفن منزل  |  | سایر تلفن ها   |   | چه ساعتی از روز برای تماس با شما مناسب است؟ |   |       |  |  |  |
| نزدیک ترین فرد جهت تماس در مواقع ضروری : نام                                   |  |                | شماره تماس  |   |   |       |  |  |  |
| نشانی پست الکترونیکی   |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| آیا تاکنون در استخدام شرکت ما بوده اید و یا در شرکت مصاحبه استخدامی داشته اید؟ |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| تاریخ ها آن را ذکر کنید .  |  | از تاریخ       |   | تا تاریخ                                    |   |       |  |  |  |
| آیا تاکنون محکومیت کیفری داشته اید؟  |  |                | در صورت مثبت بودن پاسخ لطفا نوع محکومیت را ذکر کنید |   |   |       |  |  |  |
| آیا از بیماری خاصی رنج میبرید ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ ، توضیح دهید            |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| سوابق تحصیلی   |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
|  |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
|  |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| شغل مورد علاقه   |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| شغل / زمینه همکاری خود را نام ببرید  |  |                |   |   | سه عاملی که در محیط کار برای شما حائز اهمیت است نام ببرید |       |  |  |  |
| -۱   |  |                |   |   | -۱  |       |  |  |  |
| -۲   |  |                |   |   | -۲  |       |  |  |  |
| -۳   |  |                |   |   | -۳  |       |  |  |  |
| زمان آمادگی جهت آغاز همکاری  |  |                | میزان حقوق درخواستی شما                             |   |   |       |  |  |  |
| آیا امکان اضافه کاری دارید   |  |                |   |   |   |       |  |  |  |
| آیا با کارکنان شرکت توس طب فارمد آشنایی یا نسبتی دارید                         |  |                | نام آشنا  |   |   |       |  |  |  |

امضا و اثر انگشت متقاضی کار

## تقاضانامه استخدام شرکت توس طب فارمد

**سابقه کار**

۱- محل کار کنونی/ آخرین محل کار

|                    |                     |                         |
|--------------------|---------------------|-------------------------|
| تعداد کارکنان      | زمینه فعالیت شرکت   | نام شرکت                |
| تاریخ پایان همکاری | تاریخ شروع همکاری   | سمت/شغل                 |
| آخرین حقوق و مزایا | حقوق و مزایای اولیه | نام سرپرست/ رئیس مستقیم |

مسئولیت های شما

علت خاتمه همکاری

شماره تلفن

آیا مجاز به تماس هستیم

۲- محل کار قبلی

|                    |                     |                         |
|--------------------|---------------------|-------------------------|
| تعداد کارکنان      | زمینه فعالیت شرکت   | نام شرکت                |
| تاریخ پایان همکاری | تاریخ شروع همکاری   | سمت/شغل                 |
| آخرین حقوق و مزایا | حقوق و مزایای اولیه | نام سرپرست/ رئیس مستقیم |

مسئولیت های شما

علت خاتمه همکاری

شماره تلفن

آیا مجاز به تماس هستیم

۳- محل کار قبلی

|                    |                     |                         |
|--------------------|---------------------|-------------------------|
| تعداد کارکنان      | زمینه فعالیت شرکت   | نام شرکت                |
| تاریخ پایان همکاری | تاریخ شروع همکاری   | سمت/شغل                 |
| آخرین حقوق و مزایا | حقوق و مزایای اولیه | نام سرپرست/ رئیس مستقیم |

مسئولیت های شما

علت خاتمه همکاری

شماره تلفن

آیا مجاز به تماس هستیم

اینجانب اطلاعات درخواستی را با نهایت دقت کامل نموده و صحت تمامی موارد درج شده را تایید میکنم . در صورت وجود هر گونه مغایرت در اطلاعات داده شده ، شرکت توس طب فارمد را مجاز به فسخ قرار داد دانسته و حق هر گونه اعتراض را از خود صلب می نمایم

**امضا و اثر انگشت متقاضی کار**