

فرم جمع آوری اطلاعات اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

۱	نام:	Name:	۱۱	تاریخ ازدواج:
۲	نام خانوادگی:	First Name:	۱۲	تعداد اولاد:
۳	نام پدر:	Father Name :	۱۳	دین:
۴	شماره شناسنامه:		۱۴	مذهب:
۵	سری و سریال شناسنامه:		۱۵	نوع بیمه:
۶	محل صدور شناسنامه:		۱۷	شماره بیمه:
۷	شماره ملی:		۱۸	شماره نظام پزشکی یا پرستاری:
۸	تاریخ تولد:		۱۹	عنوان پست سازمانی:
۹	محل تولد	استان:	۲۰	سابقه عضویت در بنیاد ملی نخبگان: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
		شهرستان:	۲۱	تاریخ استخدام:
		بخش:	۲۲	نوع استخدام:
۱۰	وضعیت خدمت نظام وظیفه	انجام داده	۲۳	واحد محل خدمت:
		مدت خدمت:	۲۴	تاریخ شروع بکار در واحد:
		معاف (با ذکر نوع معافیت):	۲۵	شغل مورد تصدی:
۲۶	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متکفل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/>			
۲۷	شغل همسر: <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> شاغل در ادارات دولتی <input type="checkbox"/> شاغل غیردولتی <input type="checkbox"/> شاغل در دانشگاه <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/> فرهنگی <input type="checkbox"/>			
۲۸	آدرس محل سکونت:			کد پستی:
۲۹	شماره تماس: همراه:	منزل:		مطب:
۳۰	پست الکترونیکی:			

وضعیت ایثارگری

بسیجی			رزمنده			جانناز (با قید درصد جانبازی)			خانواده شهید			
فعال			عادی			مدت حضور در جبهه			همسر	فرزند	خواهر	برادر
سال	ماه	روز	سال	ماه	روز	داوطلب						
						غیر داوطلب	داوطلب					
سال	ماه	روز	سال	ماه	روز	روز	ماه	سال	روز	ماه	سال	روز

مشخصات همسر فرزندان و افراد تحت تکفل

نسبت	جنس	نام و نام خانوادگی	ش شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	وضعیت تاهل	شماره بیمه	شغل	توضیحات

مدارک تحصیلی

ردیف	مقطع تحصیلی	مدرك تحصیلی	رشته تحصیلی	تاریخ اخذ	دانشگاه / موسسه محل تحصیل

سوابق بخش خصوصی مورد قبول

ردیف	موسسه / شرکت / ارگان دولت	از تاریخ	تا تاریخ	شغل مورد تصدی	مدت سابقه به روز

امضاء کارگزین معاونت آموزشی

امضاء مستخدم