

کد مدرک: PR-17-F06

شماره بازنگری: دو

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۳/۰۲/۱۰

صفحه: ۱۱ از ۲

شرکت فراتحقیق سپاهان



SEPAHAN BEYOND
RESEARCH

شماره در خواست:

- ۱ - مشخصات فردی:

تاریخ تولد: / / ۱۴	شماره شناسنامه:	محل تولد:	نام و نام خانوادگی:
دین (مذهب): ملیت:	شکل پدر:	نام پدر:	کد ملی:
سن فرزند:	تعداد فرزند:	مدرک تمصیلی همسر: شکل همسر :	وضاحت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input checked="" type="checkbox"/> تاریخ عقد:

- ۲ - وظیفه نظام وظیفت:

دارای کارت پایان	دارای کارت معافیت	نوع	پایان	یگان فدمت	شهر محل فدمت
				ارتش □ سپاه پاسداران □ نیروی انتظامی □ وزارت دفاع □	
		نوع معافیت			تاریخ اخذ معافیت

١٣ - سوابق تمثيل:

مددگاری	نام دانشگاه / مؤسسه آموزشی	تاریخ پایان	تاریخ شروع	معدل کل	(شته تمصیلی)	مدرک تمصیلی (به ترتیب از آخرین مدرک)

آیا در حال حاضر مشغول به تهییل می باشید؟ بله نه

نام دانشگاه/موسسه آموزشی:..... مقطع:..... (شته تمصیل):.....

۱۴-سوایق کا (ی)

۵- میزان آشنایی به زبانهای خارجی:

کد مدرک: PR-17-F06

شماره بازنگری: دو

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۰/۰۲/۱۳۹۳

صفحه: ۲

شرکت فراتحقیق سپاهان

فرم مشخصات مقاضیان استخدام



۶- میزان تسلط به کامپیوتر:

عنوان نرم افزار/ مهارت	عالی	فوب	متوسط	ضعیف	عنوان نرم افزار/ مهارت	عالی	فوب	متوسط	ضعیف
					۱				
					۲				
					۳				

۷- سوابق دوره های آموزشی:

نام دوره آموزشی	نام موسسه آموزشی	مدت دوره	تاریخ شروع	تاریخ پایان	توضیمات

۸- فعالیت های علمی و تحقیقاتی :

سایر فعالیت های علمی تدوین کتاب یا مقاله علمی ارائه سمینار

۹- اطلاعات تكمیلی:

- مدت سابقه شما نزد سازمان تامین اجتماعی: سال

- نفوذ همکاری: تمایل به همکاری بصورت: تمام وقت پاره وقت

- در صورت انتقال یا مأموریت حاضر به (فتن به شهرستانها و شعبات دیگر هستید؟ بلی نیز)

- آیا قبل از این شرکت اشتغال به کار داشته اید؟ بلی نیز علت قطع همکاری (ا ذکر فرمایید):.....

- آیا از اقوام و دوستان شما شخصی در این شرکت مشغول به کار می باشد؟ بلی نیز لطفاً ذکر فرمایید:.....

- آیا سابقه بیماری فاصی دارید؟ بلی نیز در صورت مثبت بودن، توضیع دهد:.....

- آیا سابقه مصرف دخانیات دارید؟ بلی نیز

۱۰- دونفر از اشخاصی که شما را به فوبی می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما ندارند را ذکر فرمایید:

نام و نام خانوادگی	عنوان شغل	نشانی محل کار	تلفن

۱۱- حقیق مواد انتظاره:

پیشنهادی برابر ضوابط شرکت مبلغ پیشنهادی: (یال)

۱۲- آدرس محل سکونت:

مدت اقامت در محل سکونت فعلی:

۱۳- شماره تلفن همراه:	۱۴- نشانی پست الکترونیک:
-----------------------	--------------------------

۱۵- توضیمات بیشتر:

بدهی‌رسیله اینجا نسبت نمی‌گیرد. صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید می نمایم و مسئولیت مندرجات آن را متعهد می‌گردد.

تاریخ/ امضا: