

فرم شماره (۱)**بنام خالق هستی****فرم مشخصات و درخواست شغل**

اینجانب..... به شماره ملی..... ساکن شهر متقاضی شغل در داروخانه جمعیت هلال احمر استان می باشم.
شماره تماس: آدرس محل سکونت:
تاریخ: امضاء.....

فرم شماره (۲)**جدول ذیل توسط مسئولین تکمیل می شود.****اولویت بندی امتیاز پرسنل مورد نیاز داروخانه جمعیت هلال احمر**

۱) مدرک تحصیلی:
فوق دیپلم ۲/۵ امتیاز <input type="checkbox"/> لیسانس (۵ امتیاز <input type="checkbox"/> فوق لیسانس و بالاتر (۱۰ امتیاز <input type="checkbox"/>
۲) سابقه کار (امتیاز تجمعی، سابقه معتبر پرداخت بیمه در داروخانه جهت متقاضیان شغل تکنسین دارویی):
بدون سابقه (۰) <input type="checkbox"/> ۱ تا ۶ ماه (۵ امتیاز) <input type="checkbox"/> تا ۱ سال (۱۰ امتیاز) <input type="checkbox"/> بیش از ۱ سال (۳ امتیاز به ازای هر سال) <input type="checkbox"/> تا ۲۰ امتیاز
امتیاز کسب شده:
۳) سابقه همکاری داوطلبانه با هلال احمر (عضو فعال) تا ۱۲ امتیاز <input type="checkbox"/> (به ازای هر سال همکاری، ۳ امتیاز)
امتیاز کسب شده:
۴) خانواده ایثارگران:
خیر (۰) <input type="checkbox"/> بله (۴ امتیاز) <input type="checkbox"/>
۵) فرزند کارمند یا بازنشسته هلال احمر:
خیر (۰) <input type="checkbox"/> بله (۴ امتیاز) <input type="checkbox"/>
۶) گذراندن دوره داروپاری یا آموزش تکنسین دارویی در مراکز معتبر و یا سابقه فعالیت در داروخانه بیش از دو سال با ارائه بیمه <input type="checkbox"/> ۱۰ امتیاز

*اصالت مستندات و مدارک امتیازات فوق تائید و پیوست گردید.

*جمع کل امتیاز کسب شده پس از بررسی مدارک عدد می باشد.