

## بنام خالق هستی

### فرم شماره (۱)

#### فرم مشخصات و درخواست شغل

اینجانب..... به شماره ملی..... ساکن شهر ..... متقاضی شغل ..... در معاونت بهداشت ، درمان و توانبخشی (واحد ..... ) جمعیت هلال احمر استان خراسان رضوی می باشم. شماره تماس: ..... آدرس محل سکونت: تاریخ: ..... امضاء.....
--

### فرم شماره (۲)

#### جدول ذیل توسط مسئولین تکمیل می شود.

#### اولویت بندی امتیاز پرسنل 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 ۱۰ امتیاز <input type="checkbox"/>

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

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