

مشخصات پرسنل

شاغل در مرکز آموزشی درمانی امیرالمؤمنین (ع)

	نام و نام خانوادگی
	نام پدر
	تاریخ تولد
	شماره شناسنامه
	کد ملی
	محل تولد
	وضعیت تاهل
	آخرین مدرک تحصیلی
	رشته تحصیلی
	نوع استخدام
	محل صدور حکم
	تاریخ شروع کار
	نوع بیمه
	شماره بیمه
	شماره نظام پزشکی
	شماره تلفن ثابت
	شماره همراه
	شماره حساب رفاه
	آدرس منزل
	کد پستی

امضاء

تاریخ تنظیم فرم