



فرم پرسشنامه استخدام

۱- اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: / / ۱۳
کد ملی:	تاریخ و محل صدور شناسنامه:	محل تولد:	دین (مذهب):
وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> تعداد فرزندان: <input type="radio"/> نام و نام خانوادگی همسر و تمصیلات:			
سلامت وضعیت رومی و جسمانی <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> فیر <input type="radio"/>			
در صورت فیر توضیح دهید:			

۲- قدمت نظام وظیفه: انجام داده معاف از خدمت: ذکر نوع علت معافیت:

۳- سوابق تمصیلی و آموزشی:

مدرک تمصیلی (به ترتیب آخرین مدرک)	رشته تمصیلی	معدل کل	تاریخ شروع	تاریخ پایان	نام مؤسسه آموزشی	شهر - کشور

۴- تجربیات شغلی:

نام سازمان یا شرکت (به ترتیب از آخرین سابقه)	سمت / شغل	مدت سابقه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	آخرین حقوق و مزایا/ریال	علت ترک خدمت

۵- آیا قبلاً در این شرکت اشتغال به کار داشته اید؟ بلی فیر

علت قطع رابطه کاری را ذکر کنید

۶- آشنایی به زبانهای خارجی، کامپیوتر و سایر دوره ها:

نام زبان / وضعیت	ضعیف	متوسط	فوب	عالی	نام زبان / وضعیت			ضعیف	متوسط	فوب	عالی	انگلیسی
					فوائد	نوشتن	مکالمه					

آشنایی با کامپیوتر: windows Word Excel internet Power Point سایر:

آشنایی با کامپیوتر:

گواهینامه دوره
های فنی و حرفه
ای یا موسسات
آموزشی

ردیف	نام دوره آموزشی	نام موسسه آموزش	مدت دوره	تاریخ شروع	تاریخ پایان	توضیحات
۱						
۲						

۸- فعالیت های علمی:

ارائه سمینار تدوین کتاب یا مقاله علمی سایر فعالیت های علمی

۹- نحوه همکاری:

تمایل به همکاری بصورت: تمام وقت پاره وقت همکاری خارج از مرکز (کارگاه)
در صورت تمایل به کار پاره وقت ساعات و روزهای همکاری را دقیقاً اعلام فرمایید.

۱۰- شغل مورد درخواست:

تاریخی که می توانید مشغول به کار شوید؟

۱۱- آیا دارای سابقه پرداخت حق بیمه هستید؟ در صورت مثبت بودن چند سال و شماره بیمه؟

۱۲- چگونگی آشنایی شما با شرکت:

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل	نشانی و محل کار	تلفن

۱۴- در صورت ضرورت انجام مأموریت، حاضر به رفتن به شهرستانها و شعبات دیگر هستید؟ بلی فیر

۱۵- اکنون مشغول به کار هستید؟ بلی فیر

در صورت لزوم آیا می توانید تضمین بدهید؟ بلی فیر

۱۶- مقوق مورد انتظار: برابر ضوابط شرکت پیشنهادی مبلغ پیشنهادی

۱۷- شماره بیمه:

۱۸. شماره مساب:

۱۹- افراد تمت تکفل:

نام و نام خانوادگی	جنسیت	نسبت با کارمند	تاریخ تولد روز / ماه / سال	میزان تمصیلات	شغل

۲۰- آدرس محل سکونت:

منزل شفصی منزل اجاره ای سایر توضیح:

آدرس و محل سکونت و کرکی منزل:

تلفن تماس

بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید و گواهی می نمایم. ضمناً مستندات مرتبط با هر ردیف به پیوست ارائه می گردد.

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

توجه: تکمیل نمودن این فرم هیچگونه تعهدی در قبال استفاده شما برای شرکت ایجاد نمی نماید.

