

فرم ثبت نام متقاضیان مسئول بهداشت حرفه ای در کارگاه

اطلاعات فردی:

نام	نام پدر	
نام خانوادگی	تاریخ تولد	
شماره شناسنامه	محل تولد	
کد ملی		

اطلاعات تماس:

تلفن همراه:	
تلفن ثابت:	
نمبر:	
شهرستان محل اقامت:	
آدرس پستی:	
کد پستی ده رقمی:	
پست الکترونیک:	

اطلاعات تحصیلی:

آخرین مدرک تحصیلی	
رشته تحصیلی	
دانشگاه اخذ مدرک تحصیلی	
تاریخ اخذ گواهی قبولی در آزمون تعیین صلاحیت مسئول بهداشت حرفه ای:	

مهارت ها:

عالی	خوب	متوسط	ضعیف	
				میزان مهارتهای نرم افزاری:
				میزان تسلط به زبان های خارجی:
				سایر مهارت ها

ج: سوابق کاری :

ردیف	نام محل کار	از تاریخ	تا تاریخ
۱			
۲			
۳			
۴			

ه : دوره های آموزشی گذرانده شده:

ردیف	عنوان دوره آموزشی	ردیف	عنوان دوره آموزشی
۱		۱۰	
۲		۱۱	
۳		۱۲	
۴		۱۳	
۵		۱۴	
۶		۱۵	
۷		۱۶	
۸		۱۷	
۹		۱۸	

سایر موارد: