

بسمه تعالی

فرم مشخصات درخواست کننده گواهی اشتغال جهت ارائه به مبادی خارجی در داخل و خارج از کشور

| | | | | | |
|--|--------------------------------|---|--|------------------------------------|--|
| محل اقامت عکس | (1) مشخصات فرد متقاضی | | | | |
| | نام: <input type="text"/> | | | | |
| | نام پدر: <input type="text"/> | | | | |
| | محل تولد: <input type="text"/> | | | | |
| | محل صدور: <input type="text"/> | | | | |
| | کد ملی: <input type="text"/> | | | | |
| جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | | | | | |
| وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متاهل سابق <input type="checkbox"/> سایر | | | | | |
| (2) اطلاعات تحصیلی فرد متقاضی: (در صورت داشتن مدرک تحصیلی کمتر از موارد ذیل فقط نام ببرید) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> کم سواد <input type="checkbox"/> سیکل <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم | | | | | |
| مقاطع تحصیلی | | رشته تحصیلی | | | |
| کارشناسی | | <input type="text"/> | | | |
| کارشناسی ارشد | | <input type="text"/> | | | |
| دکترای | | <input type="text"/> | | | |
| (3) سوابق شغلی: | | شغل: | | | |
| شغل فعلی | | <input type="text"/> | | | |
| شغل قبلی | | <input type="text"/> | | | |
| (4) مشخصات اقوام درجه یک و دو که دارای ضابطه مهم و حساس می باشند: | | | | | |
| نسبت | | نام و نام خانوادگی | | نام پدر | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| (5) مشخصات بستگان متقاضی در خارج از کشور: | | | | | |
| نسبت | | نام و نام خانوادگی | | نام پدر | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| (6) شماره نظام پزشکی / دندانپزشکی / داروسازی / پرستاری / مامائی: | | | | | |
| (7) آدرس محل سکونت: | | | | | |
| تلفن محل سکونت (ناهن): | | تلفن همراه: | | بست الکترونیک: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| م/آ آدرس محل کار: | | تلفن محل کار: | | تلفن محل کار: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| مرجع درخواست کننده گواهی | | شماره گواهی | | تاریخ تکمیل فرم توسط متقاضی | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| تاریخ تکمیل فرم توسط متقاضی | | مدت سفر | | تاریخ گواهی | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| نام کشور و شهر / ایالت مقصد | | تاریخ احتمالی سفر | | هدف از اخذ گواهی | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| امضاء متقاضی: | | درس و شماره تلفن متقاضی در خارج از کشور (در صورت امکان): | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |