

فرم مربوط به اطلاعات مستخدمین مشاغل سخت و زیان آور

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

جنسیت:

عنوان آخرین پست سازمانی:

رشته شغلی:

تاریخ استخدام:

تاریخ درخواست کتبی مستخدم:

مدت اشتغال در رشته شغلی مربوط:

[illegible]

۹- جمع مرخصی بدون استفاده از حقوق:

۱۰- جمع مدت خدمت نیمه وقت بانوان:

۱۱- جمع سنوات خدمت قابل قبول با توجه دبه محتویات فرم:

۱۲- نام و نام خانوادگی تنظیم کننده:

۱۳- نام و نام خانوادگی تأیید کننده:

امضاء

امضاء

توضیحات: در بند ۳ نام دقیق بیمارستان، مرکز بهداشتی درمانی، درمانگاه و ... نوشته شود.