کد فرم: ALZ-SM- 100
تاریخ بازنگری: ۹۲/۶/۱۸
بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸

مرکز آموزشی درمانی الزهراء – تبریز
فرم سنوات خدمتی

نام.....نام خانوادگی .....مدرک تحصیلی.....پست سازمانی.....نوع استخدام.....

سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت (خواهشمند است به کلیه بخشهای محل خدمت به ترتیب تاریخ خدمت اشاره شود)

ردیف	نام مرکز/بیمارستان	بخش/واحد	سمت	نوع استخدام	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	علت اتمام

مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س)