

## فرم مشخصات فرد داوطلب متخصص

۱- نام :

۲- نام خانوادگی:

۳- سن:

۴- شغل:

۵- آخرین مدرک تحصیلی:

۶- آدرس محل کار یا منزل:

۷- تلفن محل کار یا منزل:

۸- آیا با کار داوطلبان سلامت (رابطان بهداشتی) آشنایی دارید:  بله  خیر

۹- در صورت علاقه به ارائه خدمات داوطلبانه، حاضر به ارائه خدمات در کدام یک از گروهها خواهید بود

گروه ۱ (مهارتی)  گروه ۲ (آموزشی)  گروه ۳ (حمایتی)

چه نوع کمکی در زمینه تخصص خود ارائه می دهید.....

پیشنهاد مورد نظر جنابعالی / سرکار عالی: .....

۱۰- چه زمانی را می توانید برای همکاری و ارائه تخصص کاربردی خود به رابطان بهداشت در مدت ۳ ماه اختصاص دهید؟

روز..... هفته..... ماه.....

۱۱- آیا می توانید جهت ارائه خدمات داوطلبانه (آموزشی) به استانهای دیگر سفر کنید؟

بله  خیر

امضاء