

 <p>انجمن حرفه ای گردشگری سلامت خراسان رضوی فرم تکمیل مشخصات فردی مترجمین متقاضی همکاری</p>	محل الصاق عکس پرسنلی		تعداد عکس مورد نیاز ۴ قطعه
	نام خانوادگی	نام	جنسیت
شماره ملی	لقب و شهرت	سن	
محل تولد	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نام پدر
استان محل فعالیت	شهر محل سکونت فعلی	وضعیت تاهل	شغل
		تعداد فرزندان	
شماره همراه ۱	شماره تماس منزل	آدرس پست الکترونیکی (ایمیل)	
شماره همراه ۲			
شماره گذرنامه	نام معرف و شماره تماس معرف ۱	زبان تخصصی ۱	تحصیلات
		زبان تخصصی ۲	
سابقه فعالیت	نام معرف و شماره تماس معرف ۲	آدرس محل سکونت فعلی	
شماره پیگیری و ثبت			

امضاء و اثر انگشت متقاضی

تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی متقاضی

تکمیل فرم عضویت
 کپی کارت ملی
 کپی شناسنامه
 کپی پاسپورت
 عکس پرسنلی

تاریخ تکمیل فرم :

نام کارمند تکمیل کننده فرم :