

بسمه تعالی
برگ سوابق خدمتی
فرم (5001122) سازمان امور اداری و استخدامی کشور

نام و نام خانوادگی:		شماره مستخدم:				دانشگاه علوم پزشکی بیرجند		
ردیف	حالت‌های مستخدم	محل خدمت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	سال	ماه	روز	مجوز
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
جمع								
تاریخ آخرین طبقه:				رتبه شغلی:				
تاریخ آخرین رتبه:				طبقه شغلی:				
توضیحات: .								

نام و نام خانوادگی تأییدکننده

امضاء

نام و نام خانوادگی تهیه کننده

امضاء

