|  |
| --- |
| **لیست متقاضیان .................................................... برنامه پزشک خانواده شهرستان .......................** |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی**  | **تاریخ تولد**  | **بومی بودن**  | **وضعیت تاهل** | **پایان خدمت** | **برگه درخواست**  | **عکس** | **مدرک تحصیلی** | **شناسنامه**  | **کارت ملی**  | **تعداد فرزند** | **ایثارگری** | **سوابق بیمه**  | **شماره تماس** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |