


| | | | |
|--|---------------------------|--|------------------------------|
| کد مدرک: F-HR-118-01 تاریخ بازنگری: ۹۷/۱۰/۱۱ صفحه ۱ از ۱ | فرم اعتراض (آزمون) |  کترافریسین آوا سلامت | کار آفرینان آوا سلامت |
|--|---------------------------|--|------------------------------|

| مشخصات شرکت کننده در آزمون | | |
|----------------------------|-------------|--------|
| نام و نام خانوادگی: | کد ملی: | |
| دانشگاه/دانشکده: | رشته شغلی: | |
| تاریخ آزمون: | تلفن همراه: | Email: |

| « نکات قابل توجه » |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- به اطلاع می رساند درخواست شما صرفاً در یکی از موارد مربوطه (دو مورد ذکر شده در درخواست) قابل بررسی و انجام خواهد بود.- حداکثر زمان ارسال درخواست اعتراض تا ۱۵ فروردین ۹۸ می باشد.- به درخواستهای بی اساس، بی مورد، پس از مدت زمان مذکور و یا اطلاع از نمرات سایر شرکت کنندگان پاسخی داده نخواهد شد.- ارسال تصویر کارت ملی به همراه فرم تکمیل شده الزامی می باشد.- درج کلیه اطلاعات مشخصات شرکت کننده در آزمون (موارد جدول فوق الذکر) جهت پیگیری الزامی می باشد.- ذکر ایمیل معتبر (مربوط به فرد درخواست کننده) و شماره همراه صحیح جهت ارسال پاسخ الزامی است.- پاسخ درخواست از طریق ایمیل به درخواست کننده ارسال خواهد شد. |
| درخواست |
| <input type="checkbox"/> شرایط آزمون □ متن درخواست: |
| <input type="checkbox"/> نمره آزمون علمی □ |
| تاریخ امضاء و اثر انگشت |