


کد مدرک: F-HR-۱۱۸-۰۱ تاریخ بازنگری: ۹۷/۱۰/۱۱ صفحه ۱ از ۱	فرم اعتراض (آزمون)	 کارآفرینان 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 می‌رساند درخواست شما صرفاً در یکی از موارد مربوطه (سه مورد ذکر شده در درخواست) قابل بررسی و انجام خواهد بود. - حداکثر زمان ارسال درخواست اعتراض شش ماه بعد از اعلام نتایج نهایی در پورتال موسسه می‌باشد. - به درخواستهای بی‌اساس، بی‌مورد، مدت زمان بالای شش ماه و یا اطلاع از نمرات سایر شرکت کنندگان پاسخی داده نخواهد شد. - ارسال تصویر کارت ملی به همراه فرم تکمیل شده الزامی می‌باشد. - درج کلیه اطلاعات مشخصات شرکت کننده در آزمون (موارد جدول فوق الذکر) جهت پیگیری الزامی می‌باشد. - درخواست پس از تکمیل، به همراه تصویر کارت ملی به آدرس ایمیل: azmoon.avasalamat@gmail.com ارسال گردد. - ذکر ایمیل معتبر (مربوط به فرد درخواست کننده) و شماره همراه صحیح جهت ارسال پاسخ الزامی است. - پاسخ درخواست در صورت تایید کمیته آزمون از طریق همین ایمیل به درخواست کننده ارسال خواهد شد.

درخواست

<input type="checkbox"/> شرایط آزمون	<input type="checkbox"/> نمره کتبی آزمون	<input type="checkbox"/> نمره مصاحبه
--------------------------------------	--	--------------------------------------

متن درخواست:
تاریخ و امضاء