|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GENEL BİLGİ** | **AD-SOYAD:** |  | **FOTOĞRAF** |
| **EV TELEFONU:** |  |
| **CEP TELEFONU:** |  |
| **EV ADRESİ:** |  |
|  | |
| **E-POSTA ADRESİ:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KİMLİK BİLGİLERİ** | **T.C. KİMLİK NO:** |  | **NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU:** | **İL:** |  |
| **BABA ADI:** |  | **İLÇE:** |  |
| **ANA ADI:** |  | **MAHALLE-KÖY:** |  |
| **DOĞUM YERİ-TARİHİ:** |  | **CİLT NO:** |  |
| **MEDENİ HALİ:** |  | **AİLE SIRA NO:** |  |
| **DİNİ:** |  | **SIRA NO:** |  |
| **ÇOCUK SAYISI:** |  | **VERİLDİĞİ YER:** |  |
| **KAN GRUBU** |  | **VERİLİŞ TARİHİ:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EN SON MEZUN OLDUĞUNUZ OKUL** | | | | | | | | | |
| **İLKOKUL** |  | **ORTAOKUL** |  | **LİSE** |  | **YÜKSEK OKUL** |  | **ÜNİVERSİTE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASKERLİK DURUMUNUZ** | | | |
| **YAPTI** |  | **YAPMADI** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İŞ DURUMU** | **ÇALIŞIYORUM ( )** | **ÇALIŞMIYORUM ( )** |  |
| **ÇALIŞIYOR İSENİZ:** | **ECZANE ADI:** |  |
| **ECZANE ADRESİ:** |  | |
| **ÇALIŞMIYORSANIZ EN SON ÇALIŞILAN ECZANE ADI:** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÇALIŞILAN ECZANELER** | **ECZANE ADI** | **İŞE BAŞLAMA VE BİTİŞ TARİHLERİ** | **İŞTEN AYRILMA NEDENİ** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **TOPLAM ECZANELERDE ÇALIŞILAN SÜRE:** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACİL DURUMLARDA ULAŞILACAK KİŞİ:** | **ADI-SOYADI:** | |
| **SİZE YAKINLIĞI** |  | |
| **CEP TELEFONU-EV TELEFONU** |  |  |
| **ADRESİ** |  | |

-Eczanede Çalışan Destek Personeli Eğitimini Hangi mesleki Eğitim Merkezi’nde ve Hangi Dönem Aldınız?

-Ailenizde sizden başka sağlık sektöründe çalışan var mı? Var ise size yakınlık derecesi nedir?

İMZA