دانش‌آموختگان عزیز رشته پرستاری اگر تمایل به همکاری با دانشکده پرستاری گناباد را دارید لطفا اطلاعات زیر را تکمیل فرمایید.

آخرین مدرک تحصیلی: ................................................ سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی: .......................

وضعیت اشتغال: شاغل□ غیر شاغل □

محل کار : دولتی خصوصی

در صورتی که شاغل هستید، شغل شما مرتبط با رشته تحصیلیتان است؟ بلی□ خیر □

نام محل کار: ....................................................... سمت: .....................................................................

-آیا کارآفرین هستید و خودتان ایجاد اشتغال کردهاید؟ بلی □ خیر □

در چه حیطه ای مایل به همکاری با دانشکده هستید؟

آموزش بالین آموزش تئوری پژوهشی سایر

تلفن:

ایمیل: