Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн

ерөнхий захирлын 2020 оны 06 дугаар

сарын 15-ны өдрийн А/93 дугаар тушаалын

2 дугаар хавсралт

**МЭРГЭШЛИЙН ЗЭРЭГ ГОРИЛОГЧИЙН ХҮСЭЛТИЙН МАЯГТ**

/*Гаргацтай, гүйцэд бичиж бөглөнө үү!/*

|  |
| --- |
| 3х4  хэмжээтэй сүүлийн 6 сарын дотор авахуулсан  зураг |

**Нэг. Анкетын хэсэг**

1. Иргэншил................................................
2. Ургийн овог:..........................................
3. Эцэг/эхийн нэр:…...........өөрийн нэр..........................................
4. Нас:  .........
5. Хүйс: эмэгтэй / эрэгтэй  /зурна уу/
6. Регистрийн дугаар:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Мэргэжил....................................................................................................
2. Байгууллагын нэр .......................................................................................................
3. Одоогийн эрхлэж буй албан тушаал.............................................................................
4. Үндсэн /төрөлжсөн мэргэшил ................................................................................
5. И-мэйл хаяг...................................................................................................................
6. Оршин суугаа хаяг    ...................................................................................................

     .........................................................................................................................................

1. Утас: Ажлын    ...........................................................Гар утас ....................................

**Хоёр. Боловсрол, хөдөлмөр эрхлэлт**

1. Боловсролын талаарх мэдээлэл: ( суурь боловсрол, дипломын дээд боловсрол, бакалавр, магистрийн зэргийг оролцуулан)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Сургуулийн нэр | Орсон он | Төгссөн он | Эзэмшсэн мэргэжил | Гэрчилгээ, дидломын  дугаар |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Боловсролын болон шинжлэх ухааны докторын зэрэг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Зэрэг | Хамгаалсан газар | Сэдэв | Он, сар | Гэрчилгээ, дидломын  дугаар |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Мэргэшүүлэх, мэргэжил дээшлүүлэх сургалт

 ( Горилох гэж буй мэргэжил, үндсэн ба төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлтэй уялдуулан бичнэ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Суралцсан чиглэл | Улс, байгууллага | Орсон он | Төгссөн он | Гэрчилгээний дугаар |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Ажилласан байдал

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Байгууллага | Албан тушаал | Ажил | |
| орсон он | гарсан он |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Мэргэшлийн зэрэг өмнө нь хамгаалсан бол түүнийг олгосон он сар, гэрчилгээний дугаарыг бичих (*гэрчилгээний хуулбар хавсаргах)*

..............................................................................................................................................

1. Одоо горилж буй мэргэшлийн зэрэг Ахлах, Тэргүүлэх, Зөвлөх /зурна уу /

**Гурав. Бүтээлийн жагсаалт**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Бүтээлийн нэр | Бүтээлийн тов агуулга | Үр дүн, ач, холбогдол |
| Эмнэл зүйн чиглэлээр хийсэн судалгааны ажил, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд нэвтрүүлсэн шинэ арга, технологи, хэвлүүлсэн ном,, сэтгүүл, гарын авлага, товхимол, заавар, дүрэм, зөвлөмж гэх мэт ( *Горилох гэж буй мэргэшлийн чиглэл, шатлал, тусгай шаардлагатай уялдуулан бичнэ үү)* | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Эрүүл мэндийн байгууллагын ажлын хэсгийн хурлын шийдвэр:

(Журмын 3.6.3-д заасны дагуу эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирлын тушаалаар байгуулагдсан эмнэлгийн мэргэжилтний сургалт, ёс зүй, чанар, аюулгүй байдал, хүний нөөцийн асуудал хариуцсан нэгжийн төлөөлөл бүхий ажлын хэсгийн хурлын шийдвэрийг бичнэ.)

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

Материалын үнэн зөв болохыг шалгасан:

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН АЖЛЫН ХЭСГИЙН ДАРГА

/.........................................../........................................................./

(гарын үсэг) (овог нэр)

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН ДАРГА/ЗАХИРАЛ.

/.........................................../........................................................./

(гарын үсэг) (овог нэр)

                                                  /Байгууллагын дарга /захирал/-ын гарын үсэг, тамга/

.............. оны .............сарын .............өдөр