

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون

دوره تکمیلی کارشناسی ارشد / phd

سال آزمون : رشته پذیرفته شده : شماره دانشجویی :

تذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکر ۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

تذکر ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دوقطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی (دانشجو می بایست مدارک نامبرده را در مراجعه حضوری جهت ثبت نام ارائه نماید).

ردیف	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	معدل	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱	کارشناسی ارشد/دکترا					

نام خانوادگی :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی :

شماره شناسنامه :

نام پدر :

تاریخ تولد:

محل تولد :

دین :

مذهب:

وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐

وضعیت خدمت وظیفه :

تابعیت :

نام و نام خانوادگی قبلی :

نام و نام خانوادگی همسر :

میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کارهمسر:

شغل پدر:

شغل مادر :

آدرس محل زندگی والدین:

نام دانشگاههای محل تحصیل بصورت میهمان یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی (طرح نیز شامل می گردد.)

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
فعالیت فعلی				
طرح خارج از مرکز				

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند .

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترسی می باشند ذکر نمایید . (بدیهی است دو نفر از افراد معرفی شده می بایست از اقوام (نسبت خانوادگی درجه یک نداشته باشند) و دو نفر دیگر از دوستان دوره تحصیل باشند .

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

سابقه محکومیت کیفری یا انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

شماره تلفن جهت تماس :

تلفن همراه :

تلفن منزل :

E-MAIL:

اینجانب متعهد می گردم که بندهای مذکور در این فرم را بدون اشتباه و بر اساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ تکمیل فرم

امضاء: