

فرم درخواست دانشجویان متقاضی پذیرش مستقیم دستیار از دوره کارورزی

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	تلفن تماس:
معاونت محترم آموزش پزشکی عمومی باسلام و احترام		
متقاضی پذیرش در رشته: ☐ طب اورژانس ☐ بیهوشی ☐ می باشم		
وضعیت بومی:	معدل کل تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۱/۳۱:	
نمره آزمون پیش کارورزی:	نمره آزمون علوم پایه:	
دانشگاه محل تحصیل:		
تعداد ماههای گذرانده شده در مقطع کارورزی تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۱/۳۱:		
بخش های باقیمانده از مقطع کارورزی:		
وضعیت پایان نامه:	☐ تصویب دانشکده ☐ دریافت کد اخلاق ☐ دفاع از پایان نامه	
بخش های زیر را در مقطع اینترنی گذرانده ام		
کارورزی جراحی ماه	کارورزی زنان ماه	کارورزی داخلی ماه
کارورزی قلب ماه	کارورزی طب اورژانس ماه	کارورزی کودکان ماه
عضو استعداد درخشان: ☐ می باشم ☐ نمی باشم		

نام و نام خانوادگی / امضاء

تاریخ