

بسمه تعالی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

محل الصاق

عکس

۳\*۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون

دوره فلوشیپ

..... 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: دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی (دانشجو می بایست مدارک نامبرده را در مراجعه حضوری جهت ثبت نام ارائه نماید).

ردیف	قطع تحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	معدل	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱	دستیاری					
۲	فوق تخصصی					

نام خانوادگی: .....  
.....

نام: .....  
.....

کد ملی: .....  
محل تولد: .....  
شماره شناسنامه: .....  
دین: .....  
تابعیت: .....  
وضعیت خدمت وظیفه: .....  
متاهل:  متاهل:  نام پدر: .....  
مذهب: .....  
نام و نام خانوادگی قبلی: .....  
میزان تحصیلات همسر: .....  
شغل و محل کار همسر: .....  
شغل مادر: .....  
شغل پدر: .....  
آدرس محل زندگی والدین: .....  
.....

نام دانشگاههای محل تحصیل بصورت میهمان یا انتقالی:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

آدرس دقیق و تلفن	نوع استخدام	تاریخ شروع و خاتمه	مسئولیت	نام محل کار	
					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

مشخصات ۴ نفر از افرادی که شما را کاملاً شناخته و قابل دسترسی می باشند ذکر نمایید .(بدهیه ای است دو نفر از افراد معرفی شده می باشد از آشنایان (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

تلفن منزل :

تلفن همراه :

شماره تلفن ضروری در دسترس :

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 :