

بسمه تعالی

محل الصاق عکس

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکزی گزینش دانشجو
فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد
سال

الف: تاریخ آزمون رشته قبولی: دانشگاه پذیرفته شده:

ب: دانشگاه محل تحصیل کارشناسی: رشته تحصیلی: سال ورود سال فارغ التحصیلی
نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل کارشناسی (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):

نام خانوادگی:

نام:

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

ج: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دوایر دولتی می باشید ذکر نمایید.....
د: متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد: رزمندگان و ایثارگران:
نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

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

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان.....
نسبت فامیلی شما با وی..... محل شهادت - اسارت - مفقود شدن..... زمان.....
چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی.....
آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر
مشخصات سه نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس :

تلف ثابت با کد شهرستان
تلفن همراه داوطلب
تلفن همراه بستگان نزدیک

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال دانشکده علوم پزشکی ایران این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل فرم