

بسمه تعالی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره فوق تخصص گروه پزشکی

رشته پذیرفته شده:

الف: تاریخ آزمون

ب: دانشگاه محل تحصیل دوره تخصص: رشته تحصیلی دوره تخصص: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

پ: دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

مهم: دانشجویان فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی نام واحد دانشگاهی خود را ذکر نمایند.

نام خانوادگی:

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

نام:

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

شماره شناسنامه:

کد ملی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

محل تولد:

دین:

مذهب:

وضعیت تاهل:

وضعیت خدمت 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:

ت: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دواير دولتي می باشید ذکر نمایید.....

ث: داوطلب دستیاری آزاد هیئت علمی پیمانی هیئت علمی آزمایشی رسمی

ج: نام بیمارستانهای محل گذراندن دوره تخصص:

ردیف	نام بیمارستان	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱			
۲			

چ: وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام (رسمی، پیمانی و ...)	آدرس دقیق و تلفن

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

ح: سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

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

خ: وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت 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

د: 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	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

ذ: مشخصات ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و ترجیحاً "از افراد شناخته شده باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید .

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

ر: آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس و کد پستی	شروع اقامت	خاتمه اقامت	تلفن
فعلی						
قبلی						

ز: سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

س: چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید

.....

ش: شماره تلفن ضروری جهت تماس:

تلفن ثابت به همراه کد شهرستان
تلفن همراه داوطلب
تلفن همراه بستگان نزدیک

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون فوق تخصص سال دوره

دانشگاه علوم پزشکی ایران فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم امضاء مهر نظام پزشکی