

چ: سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

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

ح: وابستگی درجه یک به خانواده شهید مقفود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با وی محل شهادت - اسارت - مقفود شدن زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی.....

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

خ: مشخصات ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و ترجیحاً از افراد شناخته شده باشند و هیچگونه

د: نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

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

ذ: نام ۲ 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				

ر: آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فقطی					
قبلی					

ز: 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				

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

ش: شماره تلفن ضروری جهت تماس:

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

اینجانب دا وطلب شرکت در آزمون PHD سال دانشکاه علوم پزشکی ایران این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء