

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