

شماره دانشجویی :

اینجانب متعهد میشوم ۱- فارغ التحصیل دانشگاههای داخل و خارج در مقطع بالاتر از کاردانی (به استثناء دوره های تکمیلی) نمی باشم
دانشجوی فعلی یا اخراجی دانشگاهها وموسسات آموزش عالی داخل کشور نمی باشم
قبل از تاریخ دانشجو بوده و لغایت از تحصیل انصراف قطعی حاصل نموده ام وگواهیهای لازم را ازموسسه آموزش عالی
زیربط وامور دانشجویان دریافت داشته ام .
در صورت عدم صحت مراتب فوق دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آوردهو طبق مقررات مربوطه اقدام نماید.

مشخصات خانواده (پدر ، مادر، خواهران، همسر، فرزندان)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	میزان تحصیلات	شغل	آدرس محل کار وسکونت
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

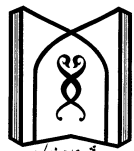
مشخصات سه نفر ازدوستان صمیمی ونزدیک

ردیف	نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	شغل	مدت آشنایی	تلفن	آدرس محل کار وسکونت
۱						
۲						
۳						

فعالیت هایی که در ارگانها ونهادها داشته اید

ردیف	نام نهاد	محل خدمت	از تاریخ	تا تاریخ	علت کناره گیری
۱					
۲					
۳					
۴					

تاریخ امضاء دانشجو



شماره دانشجویی :

وزارت بهداشتی درمانی
رشته علوم پزشکی

نام خانوادگی :										نام :									
نام پدر										جنس ☐ زن ☐ مرد									
رشته :										شماره شناسنامه : کد ملی :									
مقطع										شماره ورود : شماره سریال شناسنامه :									
مذهب دین قومیت ملیت										تاریخ تولد : روز ماه سال ۱۳ نوع دیپلم : معدل دیپلم : سال اخذ دیپلم :									
محل صدور شناسنامه تاریخ ثبت نام										وضعیت جسمانی : سالم ☐ معلول ☐ نوع معلولیت درصد معلولیت									
وضعیت تاهل ☐ مجرد ☐ متاهل ☐										سهمیه ثبت نامی نوع تعهد : استان محل تعهد :									
در صورت متاهل بودن تکمیل شود نام و نام خانوادگی همسر : شغل همسر : میزان تحصیلات همسر : تعداد فرزندان : --- نام فرزندان : تاریخ ازدواج :										دوره تحصیلی : روزانه ☐ آموزش آزاد ☐ تکمیلی ☐ وضعیت تحصیلی : عادی ☐ انتقالی ☐ میهمان ☐ تغییر رشته ☐ انتقالی فرزندان هیئت علمی ☐ انتقالی شاهد ☐									
نوع سکونت : همراه والدین ☐ منزل شخصی دارم ☐ همراه اقوام اقامت دارم ☐ دارای منزل اجاره ای هستم ☐ قبلا ساکن خوابگاه بوده ام ☐ متقاضی خوابگاه هستم ☐ از خانه سازمانی استفاده میکنم ☐										استان تولد : شهر : بخش : وضعیت اشتغال : فاقد شغل ☐ شاغل ☐ نام محل کار : نمره آزمون دستیاری با ضریب مربوطه : شماره نظام پزشکی :									
										شغل پدر : میزان تحصیلات : شغل مادر : میزان تحصیلات :									
تلفن همراه دانشجوی :										آدرس و تلفن و کد پستی محل سکونت :									
شماره تلفنی که بشود با خانواده شما تماس فوری گرفت : تلفن ثابت : کد : همراه :										آدرس پست الکترونیکی (E mail) :									
اطلاعات مربوط به مقطع قبلی نام دانشگاه : رشته : تاریخ فراغت از تحصیل : سهمیه قبولی دوره قبلی : بدهی به صندوق رفاه :										وضعیت انجام طرح نیروی انسانی : انجام داده ام ☐ در حال انجام طرح ☐ معاف از طرح ☐ محل انجام طرح : وضعیت نظام وظیفه : مشمول ☐ معافیت پزشکی ☐ معافیت کفالت ☐ کارت پایان خدمت ☐									