

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 از موسسه 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 از دوستان 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 :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

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

