

بسمه تعالی

فرم ثبت نام

محل

الصاق

عکس

نام: □□□□□□□□□□□□□□□□

نام خانوادگی: □□□□□□□□□□□□□□□□

نام پدر: □□□□□□□□□□□□□□□□

شماره شناسنامه: □□□□□□□□□□□□

کد ملی: □□□□□□□□□□□□

تاریخ تولد: روز: □□ ماه: □□ سال: □□□□ * صرفاً متولدین ۱۳۷۵/۱۰/۰۱ و بعد از آن

محل تولد: محل صدور: تاریخ صدور:

وضعیت نظام وظیفه: معافیت دائم پایان خدمت برگه اعزام به خدمت معافیت تحصیلی

رشته تحصیلی دیپلم: معدل دیپلم: □□/□□

رشته تحصیلی کارشناسی: معدل کارشناسی: □□/□□

نام دانشگاه محل فارغ التحصیلی مقطع کارشناسی:

مدرک زبان: دارم * ندارم

نمره مدرک زبان: TOEFL(PBT): □□□ □□□: TOEFL(IBT) □□□: IELTS(Academic) □□□

MHLE: □□□ MCHE: □□□ MSRT: □□□ TOLIMO: □□□ MELAB: □□□

* پذیرفته شده آزمون کتبی ملزم به ارائه مدرک زبان جهت شرکت در مرحله دوم (مصاحبه و فراشناختی) می باشد.

آدرس محل سکونت:

کد پستی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

* مدت زمان خدمت وظیفه و طرح نیروی انسانی به حداکثر سن اضافه می شود.

تعهد: اینجانب کتبا متعهد می شوم اطلاعات اعلام شده فوق صحیح و دقیق بوده و در صورت هرگونه مغایرت، مسئولیت و عواقب بعدی به عهده اینجانب می باشد و دانشگاه علوم پزشکی تهران حق خواهد داشت مطابق مقررات و ضوابط مربوطه با اینجانب رفتار نماید. ضمناً در هر مرحله (پذیرفته شدن، حین تحصیل و ...) مشخص شود اطلاعات نادرست و غیر واقعی در سامانه ثبت کرده و یا شرایط و ضوابط ثبت نام را رعایت ننموده ام از ادامه تحصیل محروم خواهم شد. امضا و تاریخ

* تکمیل این فرم و بند تعهد آن ضروری بوده و بدون امضا و تاریخ مورد قبول نمی باشد. در صورت عدم تکمیل و اسکن این فرم ثبت نام شما تایید نخواهد شد.