

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون پی اچ دی

تاریخ آزمون

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی ارشد یادکری: سان فارغ التحصیلی، سان ورود

دانشگاه محل تحصیلی کارشناسی: سال ورود سال فارغ التحصیلی:

1: هنرجو این فرم ناقص تکمیل گردد به آن قریب اثر داده نخواهد شد.

٢- قسمتیابی که حواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

قدک ۳: مدارک که باید بیوست شود: دو قطعه عکس بشت نوشته شده، تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی، داوطلبانی، که در استخدام

رسمی دولت با نسخه از حکم استخدامی معمور به محل کارگزاری محل خدمت

..... نام خانوادگی :

نام:

کد ملی:..... شماره شناسنامه:..... نام پدر:..... تاریخ تولد:..... محل

.....تولد:.....دين:.....مذهب:.....وضعیت تأهل:.....وضعیت خدمت وظیفه:.....

.....نام و نام خانوادگی، قبلی:.....تابعیت:.....

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

..... شغل بدر : شغل مادر : محل کار همسر :

آدرس محل زندگی والدین:

متناقض استفاده از سیمه؛ آزاد میان هشت علم روزمندگانه و اثمارگران

نام دانشگاههاي محل تحصيل به صورت مهمان ما انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعيت اشتغال خدمت فعلى و تعهدات قانوني:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
				فعالیت فعلی
				طرح خارج از مرکز

کارکنان رسمی دولت و سلسله رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزاری خود را ضمیمه نمایند.

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاذ یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاذهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید آزاده مفقود الاش نام و نام خانوادگی ایشان.....

نسبت فامیلی شما باوی..... محل شهادت، اسارت، مفقود شدن زمان.....

چنانچه جانباز می باشد در صد آن را بنویسید آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشد بله خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنازی	نحوه آشنازی	تلفن
۱					
۲					
۳					

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
۱					
۲					
۳					

آدرسها محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

ردیف	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
۱					
۲					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انتظامی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهدید.....

.....

شماره تلفن ضروری حله تماس همراه E-MAIL

اینچنانب داوطلب شرکت در آزمون بی اج دی سال دانشکاه علوم پزشکی این فرم را صادرانه و با دقت تکمیل نموده

و مسویت صحیت مندرجات را بعده گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم اعضاء