



بسمه تعالیٰ

محل الصاق عكس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون پی اچ دی

فیزیو تراپی

تاریخ آزمون

دانشگاه محل تحصیل دکتری عمومی: سال ورود سال فارغ التحصیلی

تذکرہ ۱: چنانچہ این فرم ناقص تکمیل گردید بے آن قریب اثر داده نخواهد شد.

تذکرہ ۲: قسمتہایی کہ جواب ندارد یا خط تیرہ مشخص گردد۔

تذکر ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس پشت نویسی شده، تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی، داوطلبانی که در استخدام رسمی دولت یا نیروهای نظامی و انتظامی می باشند یک نسخه از حکم استخدامی ممهور به مهر کارگزاری محل خدمت

..... نام خانوادگی:

نام:

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

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

تابعیت:.....نام و نام خانوادگی، قبیلی:.....

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

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

آدرس محل زندگی و الدین:.....

File Edit View Insert Tools Help

نام دانشگاهیه و معا تحسییه و معا نهاده دانشگاهیه

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 استفاده	آدرس دقیق و تلفن
				فعالیت فعلی
				طرح خارج از مرکز

کارکنان رسمی دولت و بر سرل رسمی، نسروهای نظامی و انتظامی لازم است تصور حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

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

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

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

وابستگی درجه یک به خانواده شهید آزاده مفقود الاشر نام و نام خانوادگی ایشان.....
 نسبت فamilی 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 مردمی که شمارا کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

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

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شمارا می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

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

سابقه محکومیت کیفری یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کننی و شفاهی در کمیته انتظامی

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

چنانچه دارای وابستگی گروهی می باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر، شرح دهید.....

شماره تلفن ضروری حله تماس شماره E-MAIL.....

اینچنانب..... داوطلب شرکت در آزمون بی اج دی سال دانشکاه علوم پزشکی این فرم را صادقانه 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 امضاء