



معاونت آموزشی

برگ درخواست نامنویسی
(دانشجویان کارشناسی ارشد دوره روزانه)

شماره دانشجویی:

رشته قبولی:

صادر از

دارای شماره شناسنامه

فرزند

اینجانب

متولد / / ۱۳ پذیرفته شده در آزمون سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ (نیمسال اول □ نیمسال دوم □) دوره روزانه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که دوره تحصیلی خود را قبلاً در مقطع کارشناسی ناپیوسته / کارشناسی پیوسته رشته در تاریخ از دانشگاه / دانشگاه علوم پزشکی به پایان رساندم، با تسلیم مدارک

اعلام شده در دستورالعمل های ثبت نامی و دفترچه های آزمون، تقاضای ثبت نام در این دانشگاه را می نمایم و متعهد می شوم:

۱- دانشجوی هیچ یک از دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر نیستم .

مشخصات خانوادگی

نسبت	نام و نام خانوادگی	شغل	نشانی کامل محل کار یا محل سکونت
پدر			
مادر			
خواهران و برادران	-۱		
	-۲		
	-۳		
همسر			
فرزند/فرزندان	-۱		
	-۲		

نشانی دائم و کد پستی :

.....

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

کد ملی:

ایمیل (E-mail) :

نشانی در اصفهان:

نام و نشانی و شماره تلفن یکی از بستگان یا آشنایان نزدیک:

توجه : اطلاع از مقررات آموزشی و تقویم دانشگاه از وظایف اصلی دانشجویان است و عدم اطلاع ، از دانشجو سلب مسئولیت نمی کند.

امضاء دانشجو :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی :

تذکر : این فرم در ۲ نسخه تکمیل می شود، یک نسخه در پرونده دانشجو در حوزه معاونت آموزشی و نسخه دوم توسط دانشجو به آموزش دانشکده مربوطه تحویل گردد.

فرم شماره ۱