

برگ درخواست نامنویسی
(دانشجویان Ph.D)



معاونت آموزشی رشته قبولی: شماره دانشجویی:

اینجانب فرزند دارای شماره شناسنامه صادره از 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 دکترای عمومی/ کارشناسی ارشد. 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- با قبول تکالیف و وظایف قانونی خود علاقمند هستم از بدو شروع تا پایان دوره تحصیلی برابر مقررات از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم.
- ۲- دانشجوی هیچ يك از دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی در مقطع Ph.D، دکترای حرفه ای 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 :

.....

کد ملی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

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.