

برگ درخواست نامنویسی  
( دانشجویان Ph.D پر دیس خودگردان )



معاونت آموزشی

رشته قبولی: .....

شماره دانشجویی: .....

اینجانب

فرزند

دارای شماره شناسنامه

صادر 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 / / ۱۳ 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 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.

فرم شماره ۱