بسمه تعالي

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان

معاونت آموزشی

فرم اطلاعات عمومي دانشجويان تحصيلات تكميلي
(Ph.D)

جاي عكس

تاريخ تنظيم : .....

شماره دانشجويي: .....

نـــــــــــــــــــــــــام

خانوادگي : .....

.

نام : .....

نام پدر: .....

شـــــماره شناســـــنامه: ..... محـــــل صـــــدور شناســـــنامه : .....

محل تولد: .....تاريخ تولد / / ۱۳ كد ملي: .....

جنسيت: زن ☐ مرد ☐

دين: مذهب: مليت: وضعيت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐

وضعيت نظام وظيفه: معافيت تحصيلي☐ پايان خدمت ☐ معافيت دائم ☐ معافيت موقت ☐ ويا : .....

تاريخ شروع به تحصيل :سال تحصيلي ۱۴- ۱۴

نيمسال اول ☐ نيمسال دوم ☐

مربوط به دارندگان مدرک مقطع کارشناسی	کارشناسی پیوسته ☐ کارشناسی ناپیوسته☐	**آخرين مقطع قبلي**	**كارشناسي ارشد ☐** **دكتراي عمومي ☐**
	رشته: .... **دانشگاه:** .... **تاريخ فارغ التحصيلي:** / /		**رشته:** ..... **دانشگاه:** ..... **تاريخ فارغ التحصيلي:** / /

در صورت دريافت دانشنامه، ريز نمرات ياگواهی موقت مقاطع قبل خود آن را به همراه ديگر مدارک ارائه دهيد.

رشته قبولي: .....

تاريخ آزمون: .....

سهميه ثبت نامي(در آزمون) : آزاد ☐ كاركنان ☐ مربيان ☐ استعدادهاي درخشان ☐ مناطق محروم ☐ خانواده شهدا ☐

رزمندگان ☐ وضعيت اشتغال: شاغل ☐ غيرشاغل ☐ در صورت اشتغال : رسمي ☐ پيماني ☐

مجوز ادامه تحصيل: ماموريت آموزشي☐ مرخصي استحقاقي☐ مرخصي بدون حقوق ☐ استعفا ☐

نوع سكونت: بومي ☐ غير بومي ☐

نشاني دائم و كد پستي : .....

ايميل (E-mail) : .....

تلفن ثابت: تلفن همراه:

امضاء دانشجو: تاريخ: تائيد مسئول آموزش

تذكر :اين فرم در دو نسخه تكميل شود ويک نسخه در حوزه معاونت آموزشي ونسخه دوم توسط دانشجو به آموزش دانشكده مربوطه تحويل گردد.

فرم شماره ۲