

فرم مشخصات پذیرفته شدگان جهت کمک هزینه تحصیلی ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳

نام دستیار: نام خانوادگی: شماره دستگیری:  
 تاریخ تولد: کد ملی: شماره نظام پزشکی:  
 وضعیت ازدواج: متاهل  مجرد  متارکه (طلاق)   
 تلفن همراه: تلفن ثابت:

مشخصات همسر:

نام	نام خانوادگی	شغل	تلفن همراه / تلفن ثابت

وضعیت فرزندان مطابق شناسنامه دستیار:

ردیف	نام فرزند	تاریخ تولد
۱		
۲		
۳		
۴		

وضعیت اشتغال:

شاغل هستم  شاغل نیستم   
 نام ارگان یا سازمان محل اشتغال: .....

نوع استخدام: رسمی  پیمانی  قراردادی  غیره

در صورت اشتغال متقاضی استفاده از کدام یک از موارد زیر می‌باشید؟

مأموریت آموزشی  مرخصی بدون حقوق

مشخصات حساب بانک رفاه کارگران:

شماره حساب بانک رفاه کارگران: ..... شماره شب: .....

اینجانب ..... پذیرفته شده رشته ..... در دوره ..... آزمون پذیرش دستیار تخصصی پزشکی، صحت مندرجات تکمیل شده این فرم را تأیید می‌نمایم و متعهد می‌گردم در صورت تغییر در مشخصات، مراتب را در اسرع وقت به واحد معاونت آموزش تخصصی و فوق تخصصی اعلام نمایم.

امضاء:

تاریخ: