

بسمه تعالی

فرم مشخصات پذیرفته شدگان جهت کمک هزینه تحصیلی سال

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

مشخصات همسر:

نام	نام خانوادگی	شغل	تلفن همراه/تلفن ثابت

وضعیت فرزندان مطابق شناسنامه دستیار:

ردیف	نام فرزند	تاریخ تولد

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 می باشید:
 مأموریت آموزشی: مرخصی بدون حقوق

مشخصات حساب بانک رفاه کارگران:

شماره حساب بانک رفاه کارگران: شماره شبا:

اینجانب پذیرفته شده رشته در گروه آزمون

پذیرش دستیار تخصصی پزشکی، صحت مندرجات تکمیل شده این فرم را تأیید می نمایم و متعهد می گردم در صورت تغییر در مشخصات، مراتب را در اسرع وقت به واحد معاونت آموزش تخصصی و فوق تخصصی اعلام نمایم.

امضاء

تاریخ