

محل خدمت	داوطلب	موظف	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع	ردیف

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :
 وابستگی درجه یک به خانواده شهید □ مفقود الاثر □ اسیر □ نام و نام خانوادگی ایشان : نسبت فامیلی شما با وی :
 چنانچه مجروح یا جانباز می‌باشید: مجروح □ جانباز □ نوع آسیب دیدگی: زمان و محل وقوع:
 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می‌باشید: بله □ خیر □
 مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می‌شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	گروه آموزشی	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				

مشخصات دوستان محل تحصیلتان در دوره پزشکی عمومی که شما را به طور کامل می‌شناسند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				

آدرسهای سکونت به طور دقیق نوشته شود

تلفن	تاریخ شروع و خاتمه	آدرس پستی	شهر	استان	در حال حاضر
					قبلی

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

شماره همراه : تلفن ثابت : شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری :
 اینجانب پذیرفته شده در آزمون دوره دستیاری تخصص این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و
 مسئولیت صحت مندرجات را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق هیچگونه اعتراضی در ادامه مراحل ثبت نام
 نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل :