



(فرم ۵-۴)

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

عکس

۳×۴

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دستیاری فلوشیپ و فوق تخصص

۱۴۰۱-۱۴۰۰

تاریخ آزمون فعلی : / / ۱ رشته پذیرفته شده : .....

دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی : ..... سال ورود دوره عمومی : / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / / ۱۳

دانشگاه محل تحصیل دوره تخصص : ..... سال ورود دوره تخصص : / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / / ۱۳

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی : .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام : .....

شماره شناسنامه : ..... کد ملی : ..... نام پدر : ..... تاریخ تولد : / / ۱۳

محل تولد : ..... دین : ..... مذهب : ..... تابعیت : ..... نام و نام خانوادگی قبلی : .....

وضعیت خدمت و وظیفه : معافیت تحصیلی  معافیت دائم  خدمت کرده  وضعیت تاهل : مجرد  متاهل

نام و نام خانوادگی همسر : ..... میزان تحصیلات همسر : ..... شغل و محل کار همسر : .....

شغل پدر : ..... شغل مادر : ..... آدرس والدین : .....

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمایید : .....

سهمیه استفاده شده : آزاد  مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان  رزمندگان و ایثارگران  استعداد درخشان

نام دانشگاه‌های محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال (مشاغل رسمی و غیر رسمی) در صورت استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی حکم کارگزینی الزامی است.

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن	
					فعالیت شغلی
					طرح

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی : .....  
 وابستگی درجه یک به خانواده شهید □ مفقود الاثر □ اسپر □ 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 شماره ۱ 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

ردیف	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن

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 ..... دستگیری فوق 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 :