



برق‌مائی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفأدر این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دکترای تخصصی (PhD)

۱۴۰۱ - ۱

رشته انتخابی :

دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی : وابسته به وزارت علوم تحقیقات و فناوری ☐ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ☐ دانشگاه آزاد ☐

مقطع تحصیلی قبلی رشته تحصیلی مقطع قبلی سال ورود مقطع قبلی / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / / ۱

نام :

نام خانوادگی :

شماره شناسنامه : کدملی : نام پدر: تاریخ تولد : / / ۱۳ محل تولد :

دین : مذهب : تابعیت : نام و نام خانوادگی قبلی : وضعیت خدمت وظیفه :

شغل پدر : شغل مادر: آدرس والدین :

وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐ نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر: شغل و محل کار همسر :

داوطلب استفاده از سهمیه : آزاد ☐ رزمندگان و ایثارگران ☐ پزشکان ☐ مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان ☐

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				

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
۱					

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 ☐ نام محل فعالیت:

➤ آیا عضو تشکل‌های اسلامی و هیات‌های مذهبی می‌باشید: بله ☐ خیر ☐ نام محل فعالیت:

مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می‌شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

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

مشخصات دوستان محل تحصیلتان در دوره کارشناسی که شمارا به طور کامل می‌شناسند

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

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

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

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

شماره همراه: تلفن ثابت: شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری:

اینجانب پذیرفته شدگان در آزمون PhD 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.

Email:

امضاء

تاریخ تکمیل: