



برنامه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفأدر این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دکترای تخصصی (PhD)

۱۴۰۳-۱۴۰۲

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 |
|-------------|---------|--------------------|-------------|------------------|
|             |         |                    |             |                  |
|             |         |                    |             |                  |

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 تشکل های اسلامی و هیات های 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 کیتمه 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: