



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دکتری تخصصی (Ph.D)

سال ۱۴ - ۱۴

رشته انتخابی :

دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی : وابسته به وزارت علوم وزارت بهداشت دانشگاه د

پيام نور غيرانتفاعی مقطع تحصیلی قبلی رشته تحصیلی مقطع قبلی. سال ورود مقطع قبلی

سال فارغ التحصیلی : / /

نام :

نام خانوادگی :

شماره شناسنامه : کد ملی : 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 مریمان 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 (رسمی یا غیر رسمی)

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 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 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 تلفن ضروری جهت تماس : تلفن همراه :

Email:

اینجانب.....از پذیرفته شدگان آزمون ph.D روزانه □ پردیس خودگردان □ 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 نتیجه آزمون را

نخواهم داد.

تاریخ تکمیل :

امضاء: