



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکز گزینش دانشجو

لطفاً این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دوره آموزش عالی بهداشت عمومی (mph)
سال ۱۴ - ۱۴

رشته انتخابی:

دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی: وابسته به وزارت علوم وزارت بهداشت دانشگاه آزاد
پیام نور غیرانتفاعی مقطع تحصیلی قبلی: رشته تحصیلی مقطع قبلی:
سال ورود مقطع قبلی: / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی: / / ۱

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 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 (رسمی یا غیر رسمی)

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 می باشید: بله خیر نام محل فعالیت:

مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را در زمان تحصیل کاملاً می شناسند 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 شماره ۱ به طور کامل می شناسند

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
فعلي					
قبلي					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کیمته 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 دوره mph 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: