

فرم شماره ۱  
مشخصات فردی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی، درمانی بابل

معاونت آموزشی

اطلاعات شناسنامه ای:

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... جنس: .....

وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  شماره ملی: ..... شماره شناسنامه: .....

تاریخ تولد: روز..... ماه..... سال..... محل صدور شناسنامه: ..... استان محل تولد: .....

شهر محل تولد: ..... تعداد فرزندان: ..... وضعیت نظام وظیفه: ..... ملیت: .....

شماره نظام پزشکی: ..... دانشجوی: بومی  غیر بومی  وضعیت پروانه دائم: دارد  ندارد

\*\*\*\*\*

اطلاعات فعلی پذیرش دوره دستیاری:

دانشگاه پذیرفته شده: ..... رشته قبولی: ..... سهمیه ثبت نامی: .....

نوع تعهد خدمتی: ..... محل تعهد: ..... سال شروع دروه: .....

محل استخدام: ..... نوع استخدام: .....

اطلاعات مربوط به تحصیلات مقاطع قبلی:

نام دانشگاه محل تحصیل قبلی: ..... مقطع: ..... تاریخ شروع به تحصیل: .....

نوع پذیرش: ..... تاریخ فراغت از تحصیل: ..... معدل کل: ..... وضعیت انجام طرح: .....

نشانی پستی و شماره تماس:

شماره همراه: ..... شماره ثابت: .....

پست الکترونیک: ..... نشانی پستی: .....

\* نام و نام خانوادگی همسر: ..... \* شغل و محل کار همسر: .....

\* تلفن همسر: ..... \* تلفن محل سکونت والدین: .....

\* نشانی و محل سکونت والدین: .....

\* شماره تماس اضطراری در صورت نیاز: .....

تاریخ و امضاء

فرم شماره ۳

بسمه تعالی

معاونت دانشجویی و فرهنگی

دانشگاه علوم پزشکی بابل

واحد امور دانشجویی

پرسشنامه اجتماعی دانشجویان

با سلام و تبریک قبولی در این دانشگاه، لطفاً جهت بهره مندی از انواع تسهیلات (وامهای دانشجویی، تغذیه و بیمه حوادث دانشجویی) نسبت به تکمیل کامل و دقیق اطلاعات زیر اقدام فرمائید.

۱- نام: نام خانوادگی: (با ذکر پسوند) نام پدر: جنسیت:  
شماره شناسنامه: کد ملی: سری سریال شناسنامه تاریخ تولد: / / ۱۳  
محل صدور: سهمیه قبولی (منطقه): سهمیه ثبت نامی (شاهد، ایثارگر، آزاد و ....)  
۲- رشته قبولی (تحصیلی): نام دانشکده شماره دانشجویی:

شروع تحصیل: نیمسال اول  نیمسال دوم

مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد  تخصص  فوق تخصص

نام مقطع قبلی ..... نام دانشگاه : .....

۳- وضعیت تاهل : مجرد  متاهل

(در صورت متاهل بودن کپی شناسنامه صفحه اول و دوم و کپی کارت ملی همسر ضمیمه شود.)

۴- شغل پدر : کارمند  کشاورز  کارگر  بازنشسته  شغل آزاد  فوت شده

۵- وضعیت خاص فرد دانشجو: فرزند شهید  اسیر یا مفقود الاثر  جانباز  درصد جانبازی .....

۶- آدرس محل سکونت: استان : شهر: خ اصلی : خ فرعی : کوچه:

پلاک:

تلفن منزل : تلفن همراه (موبایل): کدپستی:

۷- یک برگ فتوکپی شناسنامه صفحه اول و دوم، کارت ملی و دو قطعه عکس ضمیمه شود.

۸- چنانچه در مقطع قبلی در دانشگاه آزاد یا دانشکده‌های مرتبط به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری فارغ التحصیل شده اید. تحویل یک برگ کپی مدرک تحصیلی ضمیمه شود.

\*تذکر: تکمیل فرم مذکور و تحویل آن به واحد امور دانشجویی الزامی می باشد.

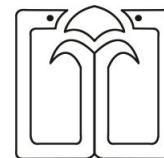
امور دانشجویی دانشگاه

امضاء دانشجو

## فرم شماره ۴

### بسمه تعالی

## فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار (مخصوص افرادی که هیچگونه اشتغالی ندارند)



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی بابل  
معاونت آموزشی

اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... پذیرفته شده در نیمسال

اول  دوم  سال تحصیلی ۱۳ - ۱۳ در مقطع کارشناسی ارشد رشته ..... دانشگاه علوم

پزشکی بابل اعلام می نمایم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه

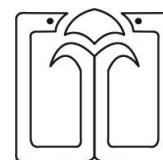
ای بصورت رسمی یا پیمانی مشغول بکار نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند از ادامه

تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد و حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ



فرم شماره ۵

بسمه تعالی

فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی

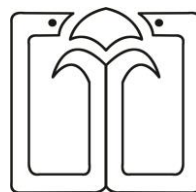
دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی بابل  
معاونت آموزشی

اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... پذیرفته شده در نیمسال  
اول  دوم  سال تحصیلی ۱۳ - ۱۳ در مقطع کارشناسی ارشد رشته ..... دانشگاه علوم  
پزشکی بابل تعهد می نمایم که با توجه به اشتغال بصورت رسمی  ، پیمانی  در سازمان / موسسه  
..... حداکثر تا پایان ترم اول نسبت به ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار خود را جهت  
ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیر اینصورت دانشگاه می تواند از ادامه  
تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد.

نام و نام خانوادگی:

امضاء دانشجو:

تاریخ:



دانشگاه علوم پزشکی  
وخدمات بهداشتی، درمانی بابل

فرم شماره ۶

بسمه تعالی

فرم تعهد دانشجویان سال آخر

اینجانب ..... به شماره دانشجویی .....  
پذیرفته شده در آزمون پذیرش کارشناسی ارشد سال ..... رشته  
..... ، متعهد می گردم تا تاریخ ۱۳۹۶/۶/۳۱ فارغ  
التحصیل شوم و در غیر این صورت، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام  
از طرف دانشگاه، حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی :

رشته قبولی :

تاریخ :

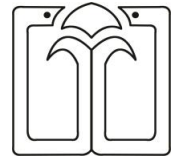
امضا:

## فرم شماره ۷

بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عام

(کارشناسی ارشد)



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی بابل  
معاونت آموزشی

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... متولد / / ۱۳ ..... صادره از .....  
سکن (نشانی کامل) ..... که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته ..... در نیمسال اول  
نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳ - ۱۳ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل پذیرفته شده ام متعهد  
می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که در بدو ثبت نام از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را  
رعایت نموده و اقدامی که خلاف شئونات دولت جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دروه  
تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. ضمناً موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت  
در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر مدت تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت  
درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تأیید وزارت مذکور نباشد از تحصیل  
اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم،  
متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده  
است را تغییر دهم فوراً مراتب را به دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم. در غیر اینصورت ارسال کلیه اخطاریه ها و  
ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء متعهد

تاریخ