

فرم شماره ۱  
مشخصات فردی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

دانشگاه علوم پزشکی

وخدمات 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 دانشجویی: 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

دانشگاه علوم پزشکی  
خدمات بهداشتی درمانی بابل  
معاونت آموزشی

بسمه تعالی

**فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی  
(مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاهها یا ادارات دولتی مشغول بکار می باشند)**

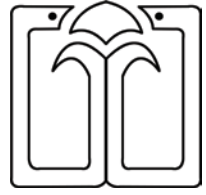
اینجانب ..... به شماره دستگیری ..... پذیرفته شده در  
..... دوره آزمون پذیرش دستیار رشته تخصصی ..... دانشگاه علوم پزشکی بابل اعلام  
می نمایم که با توجه به اشتغال بصورت رسمی  ، پیمانی  در سازمان / موسسه ..... (با  
توجه به ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار) مرخصی بدون حقوق یا ماموریت آموزشی (برابر طول دوره  
آموزشی به مدت ..... سال ) خود را در اسرع وقت جهت ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان  
مذکور ارائه نمایم در غیر اینصورت دانشگاه می تواند برابر مقررات مربوطه اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء دانشجو:

فرم شماره ۵



دانشگاه علوم پزشکی  
وخدمات بهداشتی، درمانی بابل

**بسمه تعالی**  
**فرم تعهد دانشجویان سال آخر**

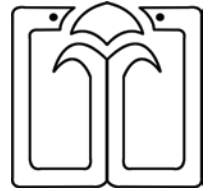
اینجانب ..... پذیرفته شده ..... دوره آزمون  
پذیرش دستیار تخصصی دندانپزشکی، و متعهد می گردم تا تاریخ  
۱۳۹۶/۶/۳۱ فارغ التحصیل شوم و در غیر این صورت، نسبت به  
کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه، حق هر گونه اعتراض  
را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی :

رشته قبولی :

تاریخ:

امضا:



بسمه تعالی  
فرم تعهد مشمولین

اینجانب ----- پذیرفته شده ----- دوره آزمون  
پذیرش دستیار تخصصی دندانپزشکی، تعهد می نمایم دفترچه  
آماده به خدمت بدون مهر غیبت و با تاریخ معتبر را در اسرع وقت  
به این امور مشمولین تحویل نمایم در غیر این صورت عواقب  
ناشی از آن به عهده خودم خواهد بود.

نام و نام خانوادگی :

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:

فرم شماره ۷

بسمه تعالی

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



دانشگاه علوم پزشکی  
خدمات بهداشتی درمانی بابل  
معاونت آموزشی

اینجانب ..... به شماره دستگیری ..... پذیرفته شده در  
..... دوره آزمون پذیرش دستگیری رشته تخصصی ..... دانشگاه علوم پزشکی  
بابل اعلام می نمایم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه‌ای 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