

فرم شماره ۲

بسمه تعالی

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد سال .....  
گروه پزشکی

تاریخ آزمون: ..... رشته انتخابی: ..... دانشگاه محل تحصیل قبلی: .....  
رشته تحصیلی: ..... سال ورود: ..... سال فارغ التحصیلی: .....  
تذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.  
تذکر ۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.  
تذکر ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی: .....  
نام: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی ..... شماره شناسنامه ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... محل تولد .....  
دین ..... مذهب ..... وضعیت تاهل ..... وضعیت خدمت وظیفه .....  
تابعیت ..... نام و نام خانوادگی قبلی .....  
نام و نام خانوادگی همسر ..... میزان تحصیلات همسر ..... شغل و محل کار همسر .....  
شغل پدر ..... شغل مادر .....  
آدرس محل زندگی والدین: .....

متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد  مریبان و کارکنان  رزمندگان و ایثارگران  پزشکان

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقودالثر  آزاده  نام و نام خانوادگی ایشان .....  
نسبت فامیلی شما با وی ..... محل شهادت - اسارت - مفقود شدن ..... زمان .....

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید :  مجروح  جانباز  در صد جانبازی .....  
آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید  بله  خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینان که شما را کاملا می شناسند و ترجیحا " از افراد شناخته شده باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن و آدرس
۱					
۲					
۳					
۴					

نام دو نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شمار را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی
۱				
۲				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن و آدرس
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید .....

شماره تلفن ضروری جهت تماس ..... همراه ..... E-MAIL:.....

اینجانب ..... داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال ..... دانشگاه علوم پزشکی بابل این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم ..... امضاء