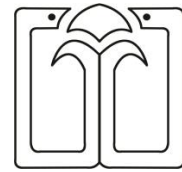


فرم شماره ۱
مشخصات فردی



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:
دانشجوی: بومی غیر بومی شماره دانشجویی:

اطلاعات فعلی پذیرش دوره کارشناسی ارشد و بالاتر:

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 / دبیرستان محل تحصیل قبلی: مقطع: تاریخ شروع به تحصیل:
نوع پذیرش: تاریخ فراغت از تحصیل: معدل کل:

نشانی پستی و شماره تماس:

شماره همراه: شماره ثابت: آدرس:
پست الکترونیک: نشانی پستی:
شماره تماس اضطراری در صورت نیاز:
آدرس و تلفن محل کار (در صورت شاغل بودن)

اطلاعات بستگان:

* شماره تلفن و آدرس محل سکونت والدین:
* شماره تلفن همراه پدر:
* شماره تلفن همراه مادر:
* شغل پدر * آدرس محل کار پدر:
* نام و نام خانوادگی همسر: * شغل و محل کار همسر:
* تلفن همسر:

تاریخ و امضاء

فرم شماره 2

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، اینارگر، 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 دانشجوی: 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.

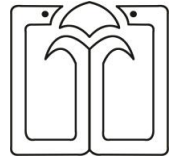
امضاء دانشجو

امور دانشجویی دانشگاه

فرم شماره 3

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

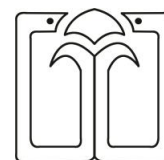
□ دوم □ سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در مقطع کارشناسی ارشد رشته دانشگاه علوم پزشکی

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 4

بسمه تعالی

فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی

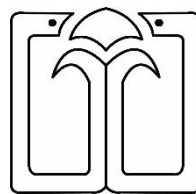
دانشگاه علوم پزشکی (مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاهها یا ادارات دولتی مشغول بکار می باشند)
خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

اینجانب به شماره دانشجویی پذیرفته شده در نیمسال اول
 دوم سال تحصیلی 14 - 14 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 5

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 ۱۴۰۲/۶/۳۱ 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 :

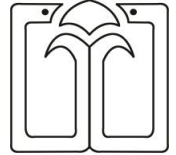
امضا:

فرم شماره 6

بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عام

(کارشناسی ارشد)



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

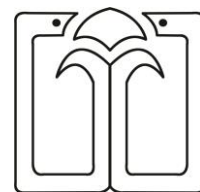
اینجانب فرزند به شماره شناسنامه متولد / / ۱۳ صادره از
سکن (نشانی کامل) که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته در نیمسال اول
نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل پذیرفته شده ام متعهد
می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که در بدو ثبت نام از مفاد 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

فرم شماره 7



بسمه تعالی

فرم تعهد مضمولین

دانشگاه علوم پزشکی

و خدمات بهداشتی درمانی بابل

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

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء: