

بسمه تعالی  
دانشکده پزشکی بابل  
فرم مشخصات فردی دانشجویی

\*\*\*\*\*

|                    |                               |                         |                 |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------|
| نام:               | نام خانوادگی:                 | نام پدر:                | شماره شناسنامه: |
| محل صدور:          | کد ملی:                       | تاریخ تولد:             |                 |
| تاریخ اخذ دیپلم:   | معدل کل دیپلم:                |                         |                 |
| رتبه کنکور سراسری: | منطقه:                        | درصد زبان کنکور سراسری: |                 |
| وضعیت تاهل:        | وضعیت نظام وظیفه برای آقایان: | رشته تحصیلی:            |                 |
| شغل پدر:           | آدرس محل کار:                 | تلفن همراه:             |                 |
| شغل مادر:          | آدرس محل کار:                 | تلفن همراه:             |                 |

آدرس دقیق محل سکونت و تلفن جهت تماس ضروری با ذکر کد شهرستان مربوطه:

تلفن منزل: کدپستی: تلفن همراه دانشجویی:

آدرس و شماره تلفن دو نفر معرف که شما را کاملاً بشناسند:

(۱)

(۲)