

محل الصاق عکس

بسمه تعالی

لطفا در این قسمت چپ‌نویسی ننویسید

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت‌کنندگان در آزمون PHD سال گروه پزشکی

الف: تاریخ آزمون PHD

رشته قبولی:

دانشگاه پذیرفته شده:

ب: دانشگاه محل تحصیل کارشناسی:

رشته تحصیلی:

سال ورود:

سال فارغ التحصیلی:

پ: دانشگاه محل تحصیل کارشناسی ارشد یا دکتری:

رشته تحصیلی:

سال ورود:

سال فارغ التحصیلی:

مهم: نشانی دقیق محل تحصیل کارشناسی ارشد (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فن آوری و دانشگاه آزاد اسلامی)

نام خانوادگی:

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

نام:

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

کد ملی:

شماره شناسنامه:

نام پدر:

تاریخ تولد:

محل تولد:

دین:

مذهب:

وضعیت تاهل:

وضعیت خدمت و 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:

ت: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دوابر دولتی می باشید ذکر نمایید.....

ث: نام دانشگاه محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				

ج: وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

چ: سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						

ح: وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با وی محل شهادت - اسارت - مفقود شدن زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

خ: مشخصات ۲ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و ترجیحاً از افراد شناخته شده باشند و هیچگونه

د: نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					

د: نام ۲ نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

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

ر: آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

فامیلی	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن

ز: سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشتی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

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

ش: شماره تلفن ضروری جهت تماس:

تلفن ثابت با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه بستگان نزدیک:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون PHD سال دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه این فرم

را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حقی

هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء:

این فرم در ۲ نسخه تکمیل کرده و بانضمام مدارک ذیل به دبیرخانه هسته تحقیق و نظر دهی تعویض کرده: (۱) ۳ قطعه عکس (۲) کپی کامل صفحات شناسنامه و کارت ملی (۳) کپی کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیلی (۴) گواهی انجام طرح یا معافیت از طرح (برای فارغ التحصیلان رشته های علوم پزشکی) (۵) ارائه تسویه حساب اداره رفاه دانشجویان یا ناعه موافقت با ادامه تحصیل آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ساختمان شماره ۱، طبقه سوم