



با سمة تعالی

فرم مشخصات پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد سال تحصیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

پزشکی، درمانی و بهداشتی

نام کامل دانشگاه محل اخذ کارشناسی	رشته تحصیلی کارشناسی	سال ورود	سال فراغت از تحصیل	رشته پذیرفته شده کارشناسی ارشد

نام :

نام خانوادگی :

نام خانوادگی									
نام									

شماره شناسنامه:	نام پدر	تاریخ تولد	محل تولد	صادره	دین و فرقه مذهبی
کد ملی:	نام و نام خانوادگی قبلی	وضعیت خدمت نظام وظیفه	شغل پدر	شغل مادر	وضعیت تاهل

نام و نام خانوادگی، میزان تحصیلات، شغل و محل کار همسر

آدرس و تلفن محل زندگی والدین

در صورتیکه پرسنل پیمانی یا رسمی قطعی نیروهای مسلح یا دیگر دوائر دولتی و نهادهای انقلابی هستید یک نسخه حکم حقوقی و نیز گواهی دال بر اشتغال و موافقت نامه مبنی بر ادامه تحصیل خود را ۱ لصادق نمائید. در غیر این صورت وضعیت اشتغال خود را مرقوم فرمائید.

کادر ذیل مربوط به دانشجویان ناپیوسته است

نام کامل دانشگاه اخذ مدرک کاردانی	رشته تحصیلی	سال ورود	سال فراغت از تحصیل

نام دانشگاه هائی را که به صورت میهمان یا انتقال سنوات یا ایامی را به تحصیل اشتغال داشته اید را در جدول ذیل قید فرمائید:

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

داوطلب کرامی: ضمن تبریک ورود شما به متبع کارشناسی ارشد این دانشگاه ستمی است این فرم را بنده با دقت مطالعه و استخوانه نسبت به تکمیل پشت دردی فرم بنظر کلا خوانا و بدون قلم خوردگی بادت نموده مارود تعیین صلاحیت عمومی شما مستلزم طول زمان نگردد. ۱- چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی هستید، واحد مستعد آدرس دقیق آن را مرقوم فرمائید. ۲- این فرم می بایست در دو نسخه تکمیل گردد. ۳- صبه قلم عکس، کپی کامل صفحات شناسنامه، کارت ملی، کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیلی، ارائه کواهی انجام طرح یا موافقت نامه وال بر انجام طرح پس از اتمام دوره تحصیلات و ارائه تصویر حساب اداری و رتبه و دانشجو یا موافقت با ادامه تحصیل با شما الزامی است.

نام مراکز را که طرح و خدمات قانونی و یا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید را در جدول ذیل قید فرمائید:

نام یگان خدمت وظیفه	نام مرکز انجام طرح	نوع مسئولیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

چنانچه سوابق ایثارگری دارید و یا از وابستگان درجه یک خانواده های محترم شهداء، جانبازان، آزادگان، رزمندگان و مفقود الاثر می باشید ضمن الصاق گواهی و مستندات نوع ایثار و همبستگی را مرقوم نمائید.

چنانچه با ارگانها و نهادها و سایر مراکز دولتی همکاری دارید گواهی مبنی بر همکاری خود را ارائه فرمائید.

شخصات و دفتر از افراد مورد وثوق و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما رابطه نزدیک دارند و بیکساز و یا یکی خانوادگی نباشند را در جدول ذیل مرقوم فرمائید:

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

آدرس دقیق محل سکونت خود را به طور دقیق در کادر ذیل مرقوم فرمائید:

نام استان	نام شهر	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	آدرس و نام منطقه پستی
فعلی			
قبلی			

نکات کاملاً قابل توجه

چنانچه سوابق حکومت کینری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا سابقه کتبی و شفاهی در کسبهای انضباطی و حراست دانشگاهها و یا رسیدهگی به تخلفات اداری کارکنان و مراجع قضائی دارید آنرا به طور شفاف و مکتوب به این فرم الصاق نموده تا روزه تعیین صلاحیت عمومی شما مشمول تاخیر زمانی نگردد. ۲- هرگونه همکاری و یا وابستگی به گروههای معاند و مخالف نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه، داشته اید به اختصار مرقوم فرمائید.

یگانب	پذیرفته شده کارشناسی ارشد رشته	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه این
فرم را در روز	به تاریخ	سازمان بهداشت و سلامت
	مطالب فوق و مرسوم شدن از ادامه تحصیل حق بیکساز را نخواهم داشت.	اصناف
شماره تلفن همراه:	آدرس ایتمترتی:	
شماره تلفن ثابت:		