

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 بهات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون Ph.D سال 1399-1400 گروه پزشکی

الف: تاریخ آزمون Ph.D: 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:

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

نام														
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی														
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

ت: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یادآور دولتی می باشد ذکر نماید.....
 ش: نام دانشگاه محل تحصیل به صورت همان یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال

ج: وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

فعالیت فعلی	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
طرح خارج از مرکز					

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

چ (جه) سائنه بهكاري با ارگان هاي انقلاب اسلامي دولتي

ردیف	نام	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
1						

ح) وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالامر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان

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

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

خ: مشخصات 2 نفر از افراد مورد اطمینانی که شماره کلامی شان در تریجی از افراد شناخته شده باشد و بجز نسبت خانوادگی باشد داشته باشند به ترتیب ذکر نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
1					
2					

و: نام 2 نفر از اساتید محل تحصیل که شماره می شان ذکر نماید.

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

ر: آدرس های محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

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 مرکز توجیه کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
1				

چنانچه دارای وابستگی گروهی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک طر 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 Ph.D سال. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و

مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء

این فرم در 2 نسخه تکمیل کرده و بانضمام مدارک ذیل به دبیرخانه هسته تحقیق و نظر دهی تحویل گردد: (1 سه قطعه عکس 2) کپی کامل صفحات شناسنامه

(3) کپی کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیلی (4) گواهی انجام طرح یا معافیت طرح (برای فارغ التحصیلان رشته های علوم پزشکی) (5) ارائه تسویه حساب اداره

رفاه دانشجویان یا نامه موافقت با ادامه تحصیل

آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ساختمان شماره 2، طبقه دوم