



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد سال:

الف: تاریخ آزمون : رشته قبولی : دانشگاه پذیرفته شده :

رشته قبولی :

الف: تاریخ آزمون :

ب:دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی: رشته تحصیلی مقطع کارشناسی:

ب:دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی:

سال ورود مقطع کارشناسی:

سال فارغ التحصیلی مقطع کارشناسی:

سال ورود مقطع کارشناسی:

نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی : (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):

نام خانوادگی:

نام:

شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد:

کد ملی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

محل تولد:

محل صادره: دین: مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت خدمت وظیفه:

دین:

مذهب:

وضعیت تاهل:

وضعیت خدمت وظیفه:

تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی قبلی:

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

نام و نام خانوادگی، همسر :

میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر:

شغل پدر: شغل مادر:

شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

آدرس محل زندگی والدین:

ج: چنانچه پرسنل (سمی، نیروهای نظامی، انتظامی، و یا دوایر دولتی) می باشید ذکر نمایید.....

د: متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد: رزمندگان و ایثارگران: □

نام دانشگاه‌های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

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

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

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 ☐

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را به ترتیب ذکر نمایید:

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

نام سه 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				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

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

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

شماره تلفن ضروری جهت تماس:

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

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال دانشگاه علوم پزشکی گناباد این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسوولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل فرم