



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره Ph.D سال گروه پزشکی

تاریخ آزمون..... رشته انتخابی دوره Ph.D.....

دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی ارشد..... رشته تحصیلی..... از سال لغایت سال

تذکرا: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکره ۲: قسمتهایی که جواب ندارد را با خط تیره مشخص فرمائید.

نام:

Grid for name

نام خانوادگی:

Grid for family name

شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: / / محل تولد:

شماره کارت ملی: 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:

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی انتظامی و یا دواير دولتی هستید محل کار و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید:

* توجه: داوطلب گرامی در صورتی که در استخدام رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دواير دولتی می باشید آخرین حکم کارگزینی ممههور به اصل مهر کارگزینی را ضمیمه فرم نمائید.

داوطلب دستیاری: آزاد مناطق محروم رزمندگان و ایثارگران کارکنان وزارت بهداشت و درمان

نام دانشگاه های محل تکمیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقالی

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

آزمونهای قبلی (نتایج دو دوره آخر)

محل آزمون	
نتیجه آزمون علمی	
نتیجه گزینش عمومی	

وضعیت اشتغال بخدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

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						
۳						

وابستگی درجه یک خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان..... نسبت فامیلی شما با وی

محل شهادت (شهادت/اسارت/مفقود الاثر شدن)..... زمان چنانچه مجروح یا جانباز می باشد: مجروح جانباز

نوع آسیب دیدگی زمان و محل وقوع: ای عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر

مشخصات اساتید و دوستان زمان تحصیل که شما را کاملاً می شناسند را ذکر نمائید.

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

آدرس محل سکونت: استان شهر آدرس پستی

..... تاریخ شروع:

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

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

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

.....

*شماره تلفن ضروری جهت تماس: ۱-..... ۲-..... ۳-.....

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون Ph.D دوره دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی این فرم را در تاریخ صادفانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را

بعده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تنظیم فرم و امضاء