



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دانشکده پرستاری

« فرم مشخصات دانشجویان »

محل الصاق
عکس

مشخصات فردی									
شماره دانشجویی:									
نام و نام خانوادگی:			نام پدر:			کد ملی:			
تاریخ تولد:		شماره شناسنامه:		محل صدور:		محل تولد:			
ملیت:			تابعیت:			دین:			
جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>			وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>			نوع سکونت: بومی <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>			
وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت <input type="checkbox"/> نوع معافیت:									
وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/> در صورت شاغل بودن: رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> سایر:									
آدرس محل کار:									
تلفن محل کار:									
آدرس محل سکونت خانواده:									
تلفن ثابت:			تلفن همراه:			کد پستی:			
آدرس محل سکونت دانشجویان:									
تلفن ثابت:			تلفن همراه:			کد پستی:			
آدرس پست الکترونیک:									
تلفن ضروری:									
اطلاعات تحصیلی مقطع قبلی دانشجویان پذیرفته شده کارشناسی پیوسته ورودی مهر <input type="checkbox"/> بهمن <input type="checkbox"/> - 13									
نوع دیپلم:			معدل کل:			معدل کتبی:			
محل اخذ: استان:			شهر:			نام دبیرستان:			
رشته قبولی:			نوع سهمیه: منطقه 1 <input type="checkbox"/> منطقه 2 <input type="checkbox"/> منطقه 3 <input type="checkbox"/> استعداد درخشان <input type="checkbox"/> سایر:			سال اخذ:			
اطلاعات تحصیلی مقطع قبلی دانشجویان پذیرفته شده کارشناسی ناپیوسته ورودی مهر <input type="checkbox"/> بهمن <input type="checkbox"/> - 13									
رشته کاردانی:			دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>			نیمسال ورود به مقطع کاردانی:			
محل تحصیل:			تاریخ فراغت:			معدل کل:			
رشته قبولی:			نوع سهمیه: عادی <input type="checkbox"/> منطقه 1 <input type="checkbox"/> منطقه 2 <input type="checkbox"/> منطقه 3 <input type="checkbox"/> استعداد درخشان <input type="checkbox"/> سایر:						

اینجانب ضمن تکمیل و تأیید کلیه مندرجات فوق، متعهد می‌شوم عواقب هرگونه مغایرت با حقایق را پذیرفته و در صورت تغییر آدرس و شماره تلفن در اسرع وقت به اداره آموزش اطلاع دهم.

امضا دانشجو

تاریخ تکمیل: