

درخواست نام نویسی و ثبت مشخصات

اداره پذیرش و ثبت نام
دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

۱- کد ملی :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۴- نام پدر.....

۳- نام خانوادگی :

۲- نام :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۵- شماره شناسنامه:..... ۶- محل صدور:..... ۷- تاریخ تولد: / / ۸- محل تولد:.....

۹- جنس: مرد زن

۱۰- وضعیت سالم جسمی: معلول

۱۱- سهمیه ثبت نامی : مناطق: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ آزادگان جا نیاز:..... درصد آزادگان

رزمندگان فرزند جا نیاز آزاد کارمندی سایر:.....

شاهد خانواده شهدا

۱۲ - گروه خون : ۱۳- دین : مذهب:..... ۱۴- وضعیت تاهل:.....

۱۵ - زبان مادری : فارسی عربی آذری سایر:..... ۱۶- تابعیت: ایران سایر:..... ۱۷- دین:..... مذهب:.....

۱۹- مشخصات اعضاء خانواده : (ثبت مشخصات تمامی اعضاء الزامی است)

نسبت	نام	نام خانوادگی	شغل	محل کار		تلفن محل کار
				محل کار	تلفن محل کار	
	پدر					
	مادر					
	همسر					
فرزندان						
	برادران		خواهران		فرزندان	
	نام	شغل	نام	شغل	نام	نام
۱-			۱-		۱-	
۲-			۲-		۲-	
۳-			۳-		۳-	
۴-			۴-		۴-	
۵-			۵-		۵-	

۱۸ - وضعیت نظام وظیفه: (برادران)

منتظر معافیت تحصیلی
 دارای دفترچه اعزام
 کارت پایان خدمت
 معافیت کفالت (دائم - موقت)
 معافیت پزشکی (دائم - موقت)
 خرید خدمت
 ترخیص از خدمت
 شماره نامه ترخیص :
 مورخ / /
 پرسنل رسمی ارتش سپاه
 نیروی انتظامی
 تاریخ اخذ آخرین مدرک
 تحصیلی: / /

۲۰- وضعیت شغلی حین تحصیل: شاغل نیستم شاغل هستم تلفن :

آدرس کامل محل کار :

۲۱- سوابق دانشگاهی : (مخصوص فارغ التحصیلان کاردانی و کارشناسی و کارشناسی ارشد)

دانشگاه مبدا	رشته تحصیلی	سال ورودی	مقطع	دوره	تاریخ اتمام دوره	تعداد واحد پاس شده	ترم های طی شده
				<input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه			

۲۲- مشخصات رشته قبولی:

رتبه آزمون	رشته قبولی	مقطع	نوع مقطع	دوره	سهمیه قبولی	شروع تحصیل	ملاحظات
			<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	<input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه			

۲۳- مشخصات سه نفر از دوستان صمیمی و نزدیک:

نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	شغل	مدت آشنائی	آدرس	شماره تلفن

۲۴- چنانچه تاکنون با ارگان دولتی و یا نهاد انقلابی همکاری و یا ارتباط داشته اید جدول زیر را تکمیل نمایید:

ردیف	نام نهاد یا ارگان	از تاریخ	تا تاریخ	نوع همکاری و ارتباط	آدرس و شماره تلفن محل فعالیت

۲۵- نشانی دقیق محل سکونت خانوادگی و تلفن تماس را به شرح ذیل اعلام می دارم و در صورت تغییر کتباً گزارش خواهم نمود.

استان : شهر : خیابان : پلاک : کدپستی :

تلفن ثابت : کد شهرستان : تلفن همراه : آدرس پست الکترونیکی :

اینجانب موارد خواسته شده بالا را بطور دقیق و واقعی تکمیل نموده، صحت اطلاعات مندرج را تأیید می نمایم و بدینوسیله تقاضای ثبت نام و تحصیل در این دانشگاه را دارم.

امضاء دانشجو

تاریخ تکمیل فرم