



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری

بسمه تعالی

فرم درخواست نام نویسی و ثبت مشخصات و ستیاران

شماره دستياری:

۱- نام:

۲- نام:

خانوادگی:

۳- کد ملی:

۴- نام پدر:

۵- شماره شناسنامه:

۶- تاریخ تولد:

۷- محل تولد:

۸- محل صدور شناسنامه:

وضعیت

☐ مجرد

☐ متاهل

۱۰- جنسیت: ☐ زن

☐ مرد

تاهل:

۱۱- وضعیت

☐ سالم

☐ معلول

جسمانی

۱۲- سهمیه ثبت نامی:

☐ مناطق

جانباز..... درصد

☐ آزادگان

فرزند

☐ رزمندگان

خانواده

☐ جانباز

☐ شهدا

شاهد

☐ آزاد

☐ کارمندی

۱۳- زبان

☐ فارسی

☐ عربی

☐ آذری

☐ ترکی

سایر.....

مادری:

۱۴- دین:

۱۵- مذهب:

۱۶- تابعیت:

۱۷- گروه خونی:

۱- منتظر معافیت تحصیلی ☐	۱۷- وضعیت نظام وظیفه: (برادران)
۲- دارای دفترچه اعزام ☐	
۳- کارت پایان خدمت ☐	
۴- معافیت کفالت (دائم- موقت) ☐	
۵- معافیت پزشکی (دائم- موقت) ☐	
۶- خرید خدمت ☐	
۷- ترخیص از خدمت ☐	
۸- پرسنل رسمی ارتش سپاه ☐	
۹- پرسنل رسمی نیروی انتظامی ☐	

۱۸- مشخصات اعضا خانواده (ثبت مشخصات تمامی اعضا الزامی است)						
نسبت	نام	نام خانوادگی	محل کار	شماره تماس		
✿ پدر						
✿ مادر						
✿ همسر						
۱۹- سوابق دانشگاهی (مربوط به دوره پزشکی عمومی)						
دانشگاه محل تحصیل	رشته تحصیلی	سال ورودی	مقطع	دوره	تاریخ پایان دوره	پروانه دائم
						دارم ☐ ندارم ☐
						روزانه ☐
						شهریه پرداز ☐
						شماره نظام پزشکی:
						
۲۰- مشخصات رشته قبولی دستیاری:						
رشته قبولی	سال ورود	دوره قبولی دستیاری	دانشگاه محل پذیرش	ملاحظات		
۲۱- نشانی دقیق محل سکونت : استان: شهر: خیابان: پلاک: تلفن منزل (ثابت): کدپستی: تلفن همراه: تلفن محل کار: شماره تلفن دیگری که در مواقع ضروری بتوان با آن تماس گرفت: آدرس پست الکترونیکی: ☐ اینجانب موارد خواسته شده بالا را بطور دقیق و واقعی تکمیل نموده و صحت اطلاعات مندرج را تایید می نمایم و بدینوسیله تقاضای ثبت نام و تحصیل در این دانشگاه را دارم.						
تاریخ تکمیل فرم:			امضاء دانشجو			