



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سید صدوقی زرد

درخواست نام نویسی و ثبت مشخصات

مدیریت امور اموزشی

۱ - کد ملی :

۴- نام پدر.....

۳- نام خانوادگی :

.....: ۲- نام

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

..... ۶- محل صدور: ۵- شماره شناسنامه:

□ سالم	وضعیت
□ آزادگان	مناطق: ۱
□ درصد..... جا نیاز	□ ۲
□ آزاد	□ ۳
□ فرزند جا نیاز	□ ۴
□ کارمندی شهدا	□ ۵
.....□ سایر
□ معلول	جسمی:
□ رزمندگان	□ شاهد

١٣- دین : مذهب: ١٤- وضعیت تاہل:

۱۲ - گروه خون:

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

١٩- مشخصات اعضاء خانواده: (شیت مشخصات تمامی اعضاء الزامی، است)

نام	نام خانوادگی	شغل	محل کار	تلفن محل کار
				پدر
				مادر
				همسر

فرزندان	خواهران		برادران	
نام	شغل	نام	شغل	نام
-۱			-۱	-۱
-۲			-۲	-۲
-۳			-۳	-۳
-۴			-۴	-۴
-۵			-۵	-۵

١٨ - وضعیت نظام وظیفه (بادران)

٢٠ وضعیت شغل حین تحصیا: شاغل، نسبتی شاغل، هستم تلفن:

آدیس کاما مجاہد کا :

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

دانشگاه مبداء	رشته تحصیلی	سال ورودی	قطعه	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	قطعه	نوع مقطع	دوره	سهمیه قبولی	شروع تحصیل	ملحوظات
			<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 آشنازی	آدرس	شماره تلفن

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

ردیف	نام نهاد یا ارگان	از تاریخ	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 کتابخانه گزارش خواهم نمود.

استان: شهر: خیابان: کد پستی: پلاک: کد پستی: خیابان: شهر: استان:

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

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

امضاء دانشجو

تاریخ تکمیل فرم