



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد سال:

الف: تاریخ آزمون : رشته قبولی : دانشگاه پذیرفته شده :
ب: دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی : رشته تحصیلی مقطع کارشناسی :
سال ورود مقطع کارشناسی : سال فارغ التحصیلی مقطع کارشناسی :
نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی : (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):

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

نام خانوادگی:

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

نام:

شماره شناسنامه: کد ملی: نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد:
محل صادره: دین: مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت خدمت 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:

ج: چنانچه پرسنل رسمی نیروهای نظامی ، انتظامی و یا دواير دولتی می باشید ذکر نمایید.....

د: متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد: رزمندگان و ایثارگران:

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی :

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

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

کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای نظامی و انتظامی لازم است اصل حکم کارگزینی خود را ضمیمه و اسکن نمایند.

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						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با وی: محل شهادت - اسارت - مفقود شدن: زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر

مشخصات دو نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند را به ترتیب ذکر نمایید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

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

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

شماره تلفن ضروری جهت تماس:

تلفن ثابت با کد شهرستان
تلفن همراه داوطلب
تلفن همراه بستگان نزدیک

اینجانب
 سال
 دانشگاه علوم پزشکی گناباد این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و
 مسولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق
 هیچگونه اعتراضی در نتیجه ازمون را نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل فرم