****



 **دانشگاه علوم پزشکی گناباد**

 **کمیته پذیرش دانشجویان خارجی**

**استان خراسان رضوی - گناباد - حاشیه جاده آسیایی - معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد**

**دبیرخانه کمیته پذیرش دانشجویان خارجی**

**تلفن: (مستقیم): 57227114-051 دور نگار: 57223814-051**

**E-mail: Mu1amiry@gmail.com**

**پرسشنامه درخواست پذیرش دانشجوی خارجی در دانشگاه علوم پزشکی گناباد**

**الف( مشخصات فردی:**

|  |
| --- |
| **1-نام:** |
| **2- نام خانوادگی:** |
| **3-نام پدر:** |
| **4-شماره شناسنامه:** |
| **5-تاریخ تولد( روز/ ماه/سال):** |
| **6-محل تولد(شهر/کشور):** |
| **7-ملیت:** | **8-تابعیت:** |
| **9-دین:** | **10-جنس: مذکر○ مونث○** |
| **11- وضعیت تأهل: مجرد○**  **متأهل○ تعداد فرزندان:** |
| **12- مشخصات گذر نامه:****شماره گذرنامه:****تاریخ صدور:****تاریخ انقضاء:****محل صدور(شهر /کشور):** |

**ب) سابقه تحصیلی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع مدرک** | **رشته تحصیلی** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **معدل** | **نام سازمان** | **شهر** | **کشور** |
| دیپلم |  |  |  |  |  |  |  |
| کارشناسی |  |  |  |  |  |  |  |
| کارشناسی ارشد |  |  |  |  |  |  |  |

**ج) آیا در حال حاضر مشغول به تحصیل می باشید؟ خیر○ بلی○**

**در صورتی که پاسخ شما مثبت است جدول زیر را پر کنید:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رشته تحصيلي** | **نام و نشاني محل تحصيل** | **مقطع تحصيلي** | **تاریخ شروع** | **تاریخ تقریبي پایان** |
|  |  |  |  |  |

**د) محل تامین شهریه:**

**بورسیه○ درآمد شخصی ○**

**- رونوشت تاییدیه بورسیه مورد تایید سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور فرد متقاضی ضروری**

**است.**

**ه) میزان آشنایی با زبان)های( خارجی:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **زبان** | **خواندن** | **نوشتن** | **مکالمه** |
| **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** | **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** | **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** |
| **فارسی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **انگلیسی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **عربی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر زبان ها:** |

**و) آدرس و شماره تلفن های متقاضی :**

**کشور: استان/ایالت : شهر : خيابان : شماره : کدپستي : تلفن ثابت: همراه** : **ایمیل:**

ز) آدرس و شماره تلفن بستگان و یا دوستان شما در ایران که در صورت ضرورت بتوان با آنها تماس گرفت :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **نسبت** | **شماره تماس** | **آدرس** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**اینجانب با اطلاع از اینكه تكميل این پرسشنامه به منزله پذیرش در دانشگاه علوم پزشكي گناباد نمي باشد، تعهد مي نمایم که کليه اطلاعات را بطور کامل، دقيق و صحيح نوشته و در صورت پذیرش در دانشگاه علوم پزشكي گنابادکليه مقررات و آئين نامه هاي مربوط را رعایت کنم.**

**نام و نام خانوادگی متقاضی : امضاء متقاضی :**

 **تاریخ:**

**\* پس از دانلود و تکمیل کردن فرم آنرا به یکی از ایمیل های زیر ارسال نمایید:**

**Mu1amiry@gmail.com** **or**

**Mu1amiry@yahoo.com**

**\*\* برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با شماره تلفن های زیر تماس بگیرید:**

 **051-7225080 و 57223028- 051 داخلی: 332 (دکتر امیری، دبیر کمیته پذیرش دانشجویان خارجی) یا داخلی: 122 (آقای پورفاطمی، کارشناس ثبت نام دانشجویان خارجی)**

**\*\*\* برای اطلاعات بیشتر درباره دانشگاه علوم پزشکی گناباد می توانید از طریق لینک های زیر به وب سایت این دانشگاه وارد شوید:**

**سایت فارسی:**

[**www.gmu.ac.ir**](http://www.gmu.ac.ir)

**سایت های انگلیسی:**

<http://www.gmu.ac.ir/Index.aspx?lang=2&sub=0>

<http://educationiran.com/en/gonabad/gmu>