



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

بسمه تعالی

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد)

جای عکس

شماره دانشجویی:

نام:

زبان خارجی: انگلیسی غیره:.....

نام خانوادگی:

مقطع قبولی:

نام پدر:

در صورت وجود مقاطع کاردانی و کارشناسی هر دو مورد حتماً

جنسیت: زن مرد

ذکر گردد

تاریخ تولد:

رشته قبلی:

محل تولد:

کاردانی:

شماره شناسنامه:

کارشناسی:

محل صدور:

دانشگاه قبلی:

کد ملی:

کاردانی:

وضعیت تاهل: متاهل مجرد

کارشناسی:

دین:

تاریخ فارغ التحصیلی مقطع قبلی:

مذهب:

کاردانی:

کارشناسی:

ملیت:

وضعیت نظام وظیفه:

نوع دوره: روزانه شبانه

معافیت تحصیلی پایان خدمت

رشته قبولی:

معافیت دائم معافیت موقت و

سه‌میه ثبت نامی: آزاد ایثارگران

آدرس محل سکونت:

استعداد درخشان و غیره:.....

صندوق پستی:

نوع سکونت: بومی غیر بومی

وضعیت اشتغال: شاغل غیر شاغل

تلفن محل سکونت:

در صورت اشتغال: رسمی پیمانی قراردادی

تلفن همراه:

مجوز ادامه تحصیل: ماموریت آموزشی مرخصی بدون حقوق استعفا

کد پستی:

تاریخ شروع به تحصیل:

ایمیل:

نیمسال اول / دوم سال تحصیلی:

اینجانب صحت مطالب مندرج در فرم ثبت نامی را تایید و متعهد می‌گردم در صورت عدم مطابقت دانشگاه می‌تواند طبق مقررات آموزشی برخورد نماید

تایید مسئول آموزش

تاریخ:

امضاء دانشجو: