

فرم شماره ۱ کارشناسی ارشد

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کهگیلویه و بویراحمد
مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی
فرم ثبت نام دانشجویان کارشناسی ارشد

«دانشجوی گرامی خواهشمند است فرم را با دقت و بصورت کامل تکمیل فرمایید»

رشته قبولی کارشناسی ارشد : سال قبولی : ورودی : مهر : بهمن :

مشخصات شناسنامه ای :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد : شماره شناسنامه :

محل صدور : کد ملی :

محل تولد : استان : شهرستان : بومی : غیر بومی : دین :

مذهب : وضعیت تأهل : مجرد : متأهل : تعداد فرزندان : ملیت :

سهمیه پذیرش : آزاد : رزمندگان و ایثارگری (رزمنده - جانباز - آزاده - خانواده شهداء - فرزند شهید)

شهریه پرداز : استعداد درخشان :

وضعیت نظام وظیفه :

کارت پایان خدمت : کارت معافیت دائم پزشکی : کارت معافیت دائم : کارت معافیت کفالت :

کارت معافیت موقت : معافیت تحصیلی : کارمند رسمی یا پیمانی نیروهای مسلح : اتباع خارجی :

سایر موارد :

سوابق تحصیلی کارشناسی :

سال اخذ کارشناسی : دانشگاه محل تحصیل : معدل کل :

تاریخ فراغت از تحصیل (روز - ماه - سال) :

وضعیت استخدام : ☐ استخدام می باشم ☐ استخدام نمی باشم

در صورت استخدام، نام ارگان محل استخدام :

وضعیت طرح نیروی انسانی :

انجام داده ام ☐ انجام نداده ام ☐ معاف ☐ انصراف از طرح ☐ سایر موارد :

وضعیت بدهی به صندوق رفاه : ☐ دارم ☐ ندارم ☐ در حال پرداخت هستم

وضعیت سکونت :

آدرس محل سکونت :

آدرس پست الکترونیکی :

کد پستی شماره تلفن تماس ثابت شماره تلفن همراه

بدینوسیله متعهد می گردم که کلیه اطلاعات فرم فوق را بصورت دقیق، درست و صادقانه تکمیل نموده ام و مسئولیت قانونی هرگونه اشکال و یا مغایرت در خصوص اطلاعات ارائه شده، بخصوص در زمینه شاغل بودن را می پذیرم.

امضاء دانشجو

تاریخ تکمیل