



بسمه تعالی

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی یاسوج
هیات مرکزی گزینش دانشجو

مشخصات شرکت کنندگان آزمون کارشناسی ارشد
رشته های گروه پزشکی ، سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴

رشته امتحانی (دوره کارشناسی ارشد) : دانشگاه محل تحصیل (دوره کارشناسی) :
رشته تحصیلی (دوره کارشناسی) : سال ورود و فراغت از تحصیل : الی :
تذکر : چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد .
نام خانوادگی نام نام پدر شماره شناسنامه

محل صدور : تاریخ تولد مذهب تابعیت

وضعیت تاهل وضعیت خدمت نظام وظیفه نام و نام خانوادگی قبلی

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر : شغل و محل کار همسر :

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع به کار را ذکر نمائید

داوطلب استفاده از سهمیه :

آزاد ۵۰٪ مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان و ایثارگران ۲۰٪ کارکنان وزارت بهداشت و درمان ۲۰٪

در صورت گذراندن شرکت در آزمون کارشناسی ارشد

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن

دوره های قبل جدول زیر را تکمیل نمایید

دوره به صورت میهمان یا انتقال

مثبت منفی

		نتیجه مرحله اول آزمون
		نتیجه مرحله دوم آزمون
		نتیجه گزینش عمومی

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن
فعالیت فعلی				
فعالیت خارج از مرکز				

حضور در جبهه و یا خدمت سربازی : آیا نام شما در لیست اضطراری ستاد رسیدگی به وضع مصدومین و مجروحین جنگ وجود دارد ؟

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت
۱					
۲					
۳					

سابقه همکاری با ارگانه‌های 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 ☐ مفقودالثر ☐ آزاده ☐

نام و نام خانوادگی ایشان نسبت فامیلی شما با وی

محل و زمان (شهادت / اسارت / مفقود شدن)

مستخصات ۴ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند به ترتیب ذکر نمائید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				
۴				

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کیفری در دادگاه و یا سابقه در کمیته انضباطی در دوران تحصیل :

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

چنانچه وابستگی گروهکی داشته اید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید :

شماره تلفن ضروری جهت تماس ۱ - ۲ - ۳

اینجانب متعهد می گردم که بند های مذکور در این فرم را بدون اشتباه و بر اساس مدارک تکمیل نموده و در صورت وجود هر گونه مغایرت و یا عدم صحت مندرجات فوق ، مسئولیت کلیه عواقب آن بر عهده اینجانب خواهد بود .

امضاء

تاریخ تنظیم فرم