



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

فرم گزینش ۱

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

عکس



فرم مشخصات شرکت کنندگان در دوره Ph.D سال .....

تاریخ آزمون:

رشته پذیرفته شده:

دانشگاه پذیرفته شده:

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی ارشد یا دکتری عمومی:

رشته تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد:

سال ورود:

سال فارغ التحصیلی:

نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل کارشناسی ارشد (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):

تذکر: ۱- چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد. ۲- قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص گردد.

۳- مدارکی که باید پیوست شود: ۲ قطعه عکس، ۱ سری تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

۴- کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی و نظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند.

نام خانوادگی:

نام:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد:

محل صدور:

دین:

مذهب:

وضعیت تأهل:

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:

متقاضی استفاده از سهمیه:

آزاد ۵۰٪  مریبان و کارکنان  رزمندگان و ایثارگران

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت میهمانی یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

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

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت

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  مفقودالانتر  آزاده  نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: زمان:

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

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله  خیر

مشخصات ۴ نفر افراد مورد اعتمادی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمائید:

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

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمائید:

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

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس

تلفن ثابت داوطلب با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک:

اینجانب:..... داوطلب شرکت در آزمون Ph.D سال ..... دانشگاه علوم پزشکی کردستان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء

تاریخ تکمیل فرم:



\* مشخصات فردی:

کد یا شماره ملی:	تاریخ تولد:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
نام:	محل تولد:	نام خانوادگی قبلی:
نام خانوادگی:	محل صدور شناسنامه:	در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:
نام پدر:	دین: اسلام <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/>	
ش.ش:	مذهب در دین اسلام: تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>	

\* شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجو:

پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت:	کد پستی محل سکونت:
تلفن ثابت محل سکونت:	نشانی دقیق محل سکونت:
تلفن همراه:	

\* وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:

وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/>	آیا شاغل هستید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تعداد فرزندان:	در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمائید.
وضعیت نظام وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/>	آدرس محل کار در صورت اشتغال:
انجام نداده <input type="checkbox"/>	
معاف از خدمت <input type="checkbox"/>	

\* وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

شماره دانشجویی:	سال ورود به دانشگاه:
تاریخ ثبت نام:	نیمه تحصیلی سال: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>
نام رشته:	مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>
نام دانشکده:	کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>

\* وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی

عنوان مدرک:	استان محل اخذ:	نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی:
سال اخذ مدرک:	شهر محل اخذ:	تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:

آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:

\* چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					





جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

معاونت آموزشی - اداره کل امور آموزشی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

اصل اخذ مقطع کارشناسی

اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

نظر به اینکه آقای/ خانم ..... فرزند ..... دارنده شماره شناسنامه

..... صادره از ..... فارغ التحصیل مقطع کارشناسی ..... رشته

..... آن دانشگاه در دوره دکتری تخصصی رشته ..... این دانشگاه

پذیرفته شده اند، خواهشمند است دستور فرمائید ریز نمرات دوره کارشناسی بانضمام گواهی فراغت از تحصیل

نامبرده با ذکر سهمیه ثبت نامی در کنکور ورودی مدت بهره مندی از آموزش رایگان به تفکیک ترمهای تحصیلی

میزان وام مسکن دریافتی، وام تحصیلی، کمک هزینه (در صورت داشتن تعهد خاصی یا هرگونه تعهد دیگری که

دارند) را به این امور ارسال نمایند.

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

رونوشت:

- دانشکده - جهت اطلاع

- بایگانی سوابق دانشجو



جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

معاونت آموزشی - اداره کل امور آموزشی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

میل اخذ مقطع کارشناسی ارشد

اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
خانم / آقای / فرزند ..... دارنده شماره شناسنامه

..... صادره از ..... فارغ التحصیل مقطع کارشناسی ارشد ..... رشته

..... آن دانشگاه در دوره دکتری تخصصی رشته ..... این دانشگاه

پذیرفته شده اند، خواهشمند است دستور فرمائید ریز نمرات دوره کارشناسی ارشد بانضمام گواهی فراغت از

تحصیل نامبرده با ذکر سهمیه ثبت نامی در کنکور ورودی مدت بهره مندی از آموزش رایگان به تفکیک ترمهای

تحصیلی میزان وام مسکن دریافتی، وام تحصیلی، کمک هزینه (در صورت داشتن تعهد خاصی یا هرگونه تعهد

دیگری که دارند) را به این امور ارسال نمایند.

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

رونوشت:

جهت اطلاع

- دانشکده

- بایگانی سوابق دانشجو

شناسنامه کامپیوتری دانشجو

شماره دانشجویی:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

جنس: مذکر  مونث

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد: ...../...../.....

استان محل تولد: شهرستان: بخش: محل صدور شناسنامه:

وضعیت تأهل: مجرد  متأهل

دین: مذهب: تسنن  تشیع  سایر

ملیت:

سال اخذ دیپلم: محل اخذ دیپلم:

معدل پیش دانشگاهی: رشته تحصیلی متوسطه:

گروه آزمایشی شرکت در کنکور:

سهیمه ثبت نامی

ترم ورود:

تاریخ ثبت نام:

وضعیت نظام وظیفه:

نوع دوره: روزانه  شبانه  آموزش آزاد

رشته تحصیلی قبلی:

مقطع تحصیلی قبلی:

نوع سکونت: بومی  غیر بومی

آدرس محل سکونت:

تلفن تماس:

مربوط به دانشجویان کارشناسی ناپیوسته:

رشته تحصیلی دانشگاهی قبلی: دانشگاه قبلی

مقطع تحصیلی دانشگاهی قبلی

تاریخ اخذ مدرک قبلی: معدل اخذ مدرک قبلی:

طرح تعیین کد مرکزی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاههای سراسر کشور) سال تحصیلی

نیمسال اول  نیمسال دوم

دانشجوی عزیز: اگر به هر دلیلی فرم را تکمیل نموده و دارای کد مرکزی دانشجویی نباشید فارغ التحصیل نخواهید شد.

مشخصات دانشجو:	نام پدر:	نام خانوادگی:	ش ش:	کد ملی:
نام:	نام خانوادگی:	شهرستان:	بخش:	تاریخ تولد: ۱۳ / /
محل صدور: استان:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	کفیل فرزندان	
شماره دانشجویی	تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>	دین:	مذهب:	

دانشکده:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی: کاردانی  کارشناسی  دکتری  تخصص  نوع مقطع تحصیلی: پیوسته  ناپیوسته

سال تحصیلی ثبت نام: ۱۳ نیمسال اول نیمسال دوم

سال شروع به تحصیل: ۱۳ نیمسال اول نیمسال دوم

دوره: روزانه  شبانه

نوع پذیرش: کنکور سراسری  کنکور اختصاصی  منتقله از خارج

معدل آخرین مدرک تحصیلی:

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت  معافیت: تکفل  پزشکی  خ شهدا  تحصیلی  پرسنل رسمی ارتش / سپاه / نیروی انتظامی

نوع بورسیه: وزارت بهداشت  ارتش  سپاه  آموزش و پرورش  دانشگاه شاهد

نوع سهمیه ثبت نامی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱  ۲  ۳  رزمندگان  جانبازان  خ شهدا  شاهد  عشایر  آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.

۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪  کارکنان مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان ۲۰٪  آزاد

نوع سهمیه قبولی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱  ۲  ۳  رزمندگان  جانبازان  خ شهدا  شاهد  عشایر  آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.

۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪  کارکنان مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان ۲۰٪  آزاد

آخرین مدرک تحصیلی دانشگاهی: رشته

آیا شهریه می پردازید؟ بلی  خیر  بومی  غیر بومی  متقاضی خوابگاه هستم  متقاضی خوابگاه نیستم

شماره تلفن:

امضاء دانشجو:

آدرس منزل دانشجو:

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضاء مسئول کنترل فرم:

نام و امضاء ابراتور آموزشی: