



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی جندی شاپور اهواز

معاونت آموزشی

بیت

شماره:

تاریخ:

فرم شماره ۲۱  
فرم مشخصات

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی

نام خانوادگی: نام خانوادگی قبلی: نام پدر: نام: .....

شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: / / محل تولد: .....

جنسیت: زن / مرد / دین: شماره سریال شناسنامه: .....

وضعیت تاهل: تعداد فرزندان: تابعیت: ایرانی / خارجی (نام کشور قید گردد) .....

آخرین مدرک تحصیلی: رشته: تاریخ اخذ مدرک: / / .....

محل اخذ مدرک دوره دوم متوسطه: معدل دوره دوم متوسطه: .....

یا محل اخذ مدرک دوره پیش دانشگاهی: معدل دوره پیش دانشگاهی: .....

وضعیت نظام وظیفه: مشمول  پایان خدمت  معافیت دائم

آیا دفترچه آماده بخدمت را ارسال کرده اید؟

شماره تماس دانشجو: شماره تماس پدر و مادر: شماره تماس اضطراری: .....

وضعیت دانشجو قبل از قبولی در این دانشگاه: .....

اخراجی:  انصرافی:  دیپلم:  فوق دیپلم:  پیش دانشگاهی  سایر موارد: (با ذکر توضیح)

شغل: نوع استخدام: مدت اشتغال: محل اشتغال: .....

بورسیه کدام وزارتخانه یا موسسه یا نهاد دولتی می باشید: .....

نشانی محل سکونت اصلی دانشجو در شهرستان: .....

نشانی محل سکونت اصلی دانشجو در اهواز: .....

اینجانب ..... متعهد می شوم چنانچه اطلاعات داده شده فوق خلاف واقع باشد با اینجانب طبق مقررات رفتار شود. و همچنین در صورت

تغییر هر یک از اطلاعات فوق حین تحصیل، دانشگاه را از تغییرات مطلع نمایم. امضا دانشجو: .....

اهواز - اتوبان گلستان - دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور - سازمان مرکزی - طبقه دوم - معاونت آموزشی کد

پستی: ۶۱۳۵۵-۳۹۳ صندوق پستی: ۴۵ تلفن: ۰۶۱۱-۳۳۳۷۰۷۷ دورنگار: ۰۶۱۱-۳۳۳۵۳۹۶