

لطفاً عکس
خود را
بچسبانید

بسمه تعالیٰ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت موکری گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره دکتری تخصصی (PhD)

رشته قبولی دوره (PhD):

دانشگاه محل تحصیل (کارشناسی ارشد): سال ورود و سال فراغت از تحصیل

دانشگاه محل تحصیل (کارشناسی): سال ورود و سال فراغت از تحصیل

دانشگاه محل تحصیل (کاردانی): سال ورود و سال فراغت از تحصیل

نذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

نذکر ۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

۱- نام خانوادگی:

۲- نام:

شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد:

محل صدور: شماره ملی: دین: مذهب: وضعیت تأهل:

وضعیت خدمت وظیفه: تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:

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

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

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

مریان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان

داوطلب استفاده از سهمیه : آزاد

پزشک

رزمندگان و ایثارگران

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	ادرس دقیق
فعالیت شغلی				
گذراندن طرح				

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						
۳						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقود الاثر اسیر نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با وی: محل(شهادت/اسارت/مفقود شدن): زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشد: مجروح آسیب دیدگی زمان و محل وقوع:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشد؟ بله خیر (چنانچه عضو می باشد مدارک موجود باید ضمیمه پرونده گردد)

* مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند (به غیر از پدر، مادر، خواهر و برادر) و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچ گونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند. به ترتیب ذکر نمائید.

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

آدرس محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

استان	شهر	ادرس و تلفن
فعالی		
قبلي		

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انصباطی

نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱			
۲			

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن متقاضی جهت تماس: ۱.....۲.....اینجانب.....داوطلب شرکت در

آزمون دوره دکترای تخصصی (PhD)دانشگاه علوم پزشکی اهواز این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحبت

مندرجات را به عهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت. / قاریخ امضا:

بسمه تعالیٰ



از قبول شدگان دوره

فرزند

بدینوسیله اسامی معرفین اینجانب

به شرح ذیل حضورتان اعلام می‌گردد.

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشته

۱- معرفین (به غیر از پدر ، مادر ، خواهر و برادر)			
ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت / مسئولیت / نسبت	آدرس دقیق یا شماره تماس
۱			
۲			
۳			
۲- معرفین زمان تحصیلی (اساتید ، هم دوره گان زمان تحصیل)			
۱			
۲			
۳			
۳- معرفین محل طرح / کار			
۱			
۲			
۳			

نام و نام خانوادگی متقاضی :

امضاء:

تاریخ:

*در صورت هر گونه ابهام در فرم ها با شماره تلفن داخلی ۰۶۱۳۳۱۱۳۱۴۱ - ۰۶۱۳۳۳۶۶۴۹۸ تماس حاصل نمایید.

بسمه تعالیٰ



اینجانب فرزند دکتری PhD از پذیرفته شدگان آزمون

در رشته تقاضا دارم در صورت صلاح‌دید آن هسته تا انجام سیر مراحل گزینش موافقت مشروط اینجانب را به دانشکده اعلام نمایید و چنانچه به هر دلیل از دلایل از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری به عمل آمد حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نموده و هسته تحقیق و نظر دهی مجاز می‌باشد مطابق قانون با اینجانب بر خورد نماید.

نام و نام خانوادگی:

امضاء

مدارک لازم جهت تحویل به واحد گزینش دانشجویان

- کپی شناسنامه

* در صورت جدید بودن شناسنامه صفحه اول و توضیحات در غیر اینصورت تمامی صفحات

- کپی کارت ملی

- کپی آخرین مدرک تحصیلی یا پروانه مطب یا فرم تسویه حساب

- سه قطعه عکس ۳*۴

- در صورت شاغل بودن (رسمی، پیمانی) کپی حکم کارگزینی یا فیش حقوقی یا کارت شناسایی سازمان مربوطه