

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

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

رشته قبولی دوره (PhD):

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

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

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

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

تذکره 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 و 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.....

داوطلب استفاده از سهمیه : آزاد مریبان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان

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				

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 باشید: مجروح ☐ جانباز: ☐ آسیب دیدگی ☐ زمان و محل وقوع:

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

* مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند (به غیر از پدر، مادر، خواهر، برادر و همسر) 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	آدرس و تلفن
فعلی			
قبلی			

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

	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید 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 صحت

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



فرزند

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشته

به شرح ذیل حضورتان اعلام می گردد. /

نام و نام خانوادگی متقاضی :

امضاء:

تاریخ:

*در صورت هر گونه ابهام در فرم ها یا شماره تلفن داخلی ۰۶۱۳۳۱۱۳۱۴۱ - ۰۶۱۳۳۷۳۸۱۸۲ تماس حاصل نمایید.

اینجانب فرزند از پذیرفته شدگان آزمون دکتری PhD

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 می باشد مطابق قانون با اینجانب بر خورد نماید. /

نام و نام خانوادگی:

امضاء

مدارک لازم جهت تحویل به واحد گزینش دانشجویان

۱- کپی شناسنامه

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

۲- کپی کارت ملی

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

۴- سه قطعه عکس ۳*۴

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