



انستتوت ملی بهداشت و آموزش پزشکی

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 و 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:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن

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 مفقودالثر آزاده
 نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: نام و نام خانوادگی ایشان:
 چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح جانباز درصد جانبازی:
 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله خیر زمان:

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

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 نمایید:

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 کفتری 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:



جمهوری اسلامی ایران

شماره:

تاریخ:

پوست:

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

معاونت آموزشی - اداره کل امور آموزشی

محل 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.

دکتر محمود کلاهدوزان

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:

سید امجد مصطفی کارشناس کارشناس

اداره کل آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نظر به اینکه آقای/ خانم فرزند دارنده شماره شناسنامه

..... صادره از فارغ التحصیل مقطع 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.

دکتر محمود کلاهدوزان

مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

رونوشت:

جهت اطلاع

- دانشکده

- بایگانی سوابق دانشجو

محل الصاق عکس	فرم اطلاعات دانشجوی	محل الصاق عکس
---------------	---------------------	---------------

* مشخصات فردی: صفحه ۱ کد فرم: ۱۰۰

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

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

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

* وضعیت تاهل، نظام و وظیفه و شغل:

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

* وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

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

* وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی

عنوان مدرک: سال اخذ مدرک:	استان محل اخذ: شهر محل اخذ:	نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی: 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					

※ مشخصات افراد خانواده (به ترتیب مشخصات پدر، مادر، همسر، فرزندان، برادران، خواهران در جدول زیر وارد شود)

صفحه ۲

کد فرم: ۱۰۰

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت با دانشجو	در قید حیات یا فوت شده	میزان تحصیلات	شغل	کد پستی محل کار یا سکونت	نشانی محل کار یا سکونت	پیش شماره تلفن ثابت	تلفن ثابت	تلفن همراه

※ لطفا در کادر زیر چیزی ننویسید:

※ اینجانب

صحت کلیه مطالب مندرج را تایید می نمایم

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل

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

علیت:

سال اخذ دیپلم: محل اخذ دیپلم:

معدل پیش دانشگاهی: رشته تحصیلی متوسطه:

گروه آزمایشی شرکت در کنکور:

سهمیه ثبت نامی

ترم ورود:

تاریخ ثبت نام:

وضعیت نظام وظیفه:

نوع دوره: روزانه شبانه آموزش آزاد

رشته تحصیلی قبولی:

مقطع تحصیلی قبولی:

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:	شهرستان:	بخش:	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	تاریخ تولد: ۱۳ / /
محل صدور: استان:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> کنفل فرزندان	تابعیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/> دین:	مذهب:	
شماره دانشجویی:				

دانشکده:	رشته تحصیلی:	گرایش:
مقطع تحصیلی: <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> تخصص <input type="checkbox"/> نوع مقطع تحصیلی: <input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	سال تحصیلی ثبت نام: ۱۳ نیمسال اول	سال شروع به تحصیل: ۱۳ نیمسال اول
دوره: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه	نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> کنکور سراسری <input type="checkbox"/> کنکور اختصاصی <input type="checkbox"/> منتقله از خارج <input type="checkbox"/>	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 کردانی 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 کردانی 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 دانشگاه

آیا شهریه می پردازید؟ بلی خیر بومی غیربومی 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 اپراتور آموزشی:

تعهد سرپرست به دانشگاه تعهدنامه پذیرفته شدگان دوره دکتری دوره عالی پژوهش

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه کد ملی پذیرفته شده دکتری تخصصی پژوهشی در مرکز تحقیقات به نشانی:

در کمال صحت و سلامت عقل اقرار می نمایم که کلیه مقررات و ضوابط دوره دکتری تخصصی پژوهشی مرحله عالی پژوهش موضوع سی و هشتمین جلسه مورخ ۸۷/۱۱/۵ شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی و اصلاحیه های بعدی آن را مطالعه نموده و بطور کامل از مفاد آن اطلاع حاصل نمودم و صحت کلیه مدارک و اطلاعات ارائه شده به دانشگاه را مورد تأیید قرار داده و تعهد می نمایم دقیقاً بر مبنای تعهدات مندرج در این تعهدنامه رفتار و عمل نمایم و چنانچه در هر زمان بنا به تشخیص و اعلام دانشگاه مشخص شود که مدارک و اطلاعات ارائه شده بر خلاف واقع است و یا به هر نحوی قصور و کوتاهی در اجرای هر یک از تعهدات این تعهدنامه از سوی اینجانب قطع شود دانشگاه رأساً حق خواهد داشت ضمن ممانعت از تحصیل اینجانب در هر مقطع تحصیلی به هر نحوی که شایسته بداند با من برخورد نماید و از این جهت اینجانب حق هرگونه ادعا یا اعتراضی را از خود سلب و ساقط نمودم ضمناً تعهد نمودم که:

۱- کلیه ضوابط و مقررات آموزشی و انضباطی دانشگاه را رعایت نمایم.

۲- در سایر دانشگاهها و مؤسسات آموزشی و تحقیقاتی کشور تحت هیچ عنوان اشتغال به تحصیل ندارم و از تمام وقت بودن تحصیل خود و ممنوع بودن هرگونه اشتغالی غیر از تحصیل اطلاع داشته و ملزم به رعایت آن می باشم.

۳- در صورت عدم کسب نمرات قبولی و تخطی از مقررات طبق قوانین و ضوابط وزارت بهداشت و ایضاً مفاد این تعهدنامه با اینجانب رفتار خواهد شد.

۴- متعهد می گردم که صرفاً در صورت گذراندن واحدهای مقرر درسی رشته تحصیلی خود و اتمام پایان نامه و فراغت از تحصیل و انجام تسویه حساب های لازم و سپردن تعهد خدمت و احراز واجد شرایط بودن اینجانب توسط دانشگاه استحقاق دریافت مدرک تحصیلی را خواهم داشت.

۵- در صورت عدم تعهدات به تنهایی هر یک از یا انصراف یا ترک تحصیل به هر علت یا عدم توانایی ارتقاء از دوره Mphil و یا انجام امور پایان نامه بنا به تشخیص استاد راهنما، خسارت وارده به دانشگاه را جبران نمایم. تشخیص میزان خسارت وارده با دانشگاه بوده و نظر دانشگاه در این خصوص قطعی و غیرقابل اعتراض می باشد.

۶- در صورت شروع به تحصیل اگر پس از یک ماه انصراف دهم مبلغ ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به دانشگاه پرداخت نمایم.

۷- در صورتی که به هر یک از تعهدات مندرج در این سند عمل ننمایم و یا به هر نحوی از از انحاء از انجام ضوابط و مقررات وزارت بهداشت یا دانشگاه تخطی کنم در این صورت متعهد می شوم دو برابر هزینه برآورده شده از طرف دانشگاه را به عنوان ضرر و زیان وارده نقداً بپردازم.

اینجانبان فرزند شماره
شاسنامه ضمانت انجام تعهدات مندرج در سند و وصول خسارات وارده حسب مورد موضوع را از طریق مرجع قضایی یا اجرای ثبت و به طرفیت هر یک از متعهد خدمت و ضامن به طور جداگانه و یا همزمان مطالبه نماید.

متعهد:

ضامن ۱:

ضامن ۲: