



فرم مشخصات فردی دانشجو
کارشناسی ارشد ناپیوسته

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران
معاونت آموزشی

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : شماره شناسنامه :

شماره ملی : محل صدور: جنس : وضعیت تاهل :

وضعیت نظام وظیفه : نام پدر : نام مادر : شغل پدر :

شغل مادر : دین : مذهب : ملیت :

گروه خون : مقطع قبولی : رشته قبولی : سهمیه قبولی :

نشانی محل سکونت :

نشانی پستی جهت مکاتبه :

نشانی محل کار :

شماره تماس : کد شهرستان : شماره همراه :

- لطفاً در این قسمت اطلاعات دوره کاردانی را تکمیل نمایید .

رشته تحصیلی : دوره : روزانه شبانه ، پیوسته ناپیوسته

نام دانشگاه محل تحصیل : تاریخ فراغت از تحصیل :

وضعیت طرح نیروی انسانی :

- لطفاً در این قسمت اطلاعات دوره کارشناسی را تکمیل نمایید .

رشته تحصیلی : دوره : روزانه شبانه ، پیوسته ناپیوسته

نام دانشگاه محل تحصیل : تاریخ فراغت از تحصیل :

وضعیت طرح نیروی انسانی :

امضاء دانشجو :

تاریخ تکمیل فرم :