



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی مازندران
فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ آزمون رشته قبولی دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی رشته تحصیلی از سال لغایت سال

(چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد و یا دانشگاه پیام نور می باشید نام واحد دانشگاهی را ذکر نمایید)

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

تذکره ۲: قسمت هایی که جواب ندارد را با خط تیره مشخص نمایید.

تذکره ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

..... نام:

..... نام خانوادگی:

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

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:

نشانی محل زندگی والدین:

متقاضی استفاده از سهمیه: آزاد مناطق محروم درزمندگان و ایثارگران مریمان هیأت علمی
اتباع غیر ایرانی بورسیه نیروهای مسلح
نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

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

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسنولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	نشانی دقیق و تلفن

داوطلب گرامی در صورتی که در استخدام رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دواير دولتی می باشید آخرین حکم کارگزینی مهور به اصل مهر کارگزینی را ضمیمه فرم نمایید.

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

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

سابقه همکاری با ارگان های انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :

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

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

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

چنانچه جانباز می باشید درصد آن را بنویسید آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بلی خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					

مشخصات ۳ نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	نشانی و تلفن
۱				
۲				
۳				

نشانی های محل سکونت بطور دقیق نوشته شود :

ردیف	استان	شهر	نشانی پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشائی دانشگاه ها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی :

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

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

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ثابت همراه e-mail

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال دانشگاه علوم پزشکی مازندران این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت .

تاریخ تنظیم فرم و امضاء