



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده سال تحصیلی

پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو

فرم الف

نام و نام خانوادگی استاد مشاور:	گروه آموزشی استاد مشاور:
رشته تحصیلی:	شماره دانشجویی:
مقطع تحصیلی:	سال ورود:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره موبایل:	شماره تماس منزل:
شماره شناسنامه:	کد ملی:	تاریخ تولد:	جنس:	وضعیت تاهل:
آدرس و محل سکونت خانواده:				تعداد فرزندان:
آدرس و محل سکونت فعلی دانشجو:				

رشته تحصیلی دوران متوسطه:	معدل سال سوم متوسطه:
سال پایان دوره پیش دانشگاهی:	معدل دوره پیش دانشگاهی:
سال و محل اخذ دیپلم:	گروه آزمایشی آزمون سراسری:
	نوع سهمیه قبول شده:

نوع مدرک، سال و دانشگاه محل اخذ مدرک کاردانی و یا کارشناسی:

سابقه انصراف یا تغییر رشته:

نمرات دروس عمومی آزمون سراسری:

نام درس	فارسی	عربی	معارف	زبان خارجی
درصد				

نمرات دروس اختصاصی آزمون سراسری:

نام درس	زمین شناسی	ریاضیات	زیست شناسی	فیزیک	شیمی
درصد					



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده سال تحصیلی

پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو

فرم الف

مشخصات اعضای خانواده :

نسبت	نام و نام خانوادگی	متولد	میزان تحصیلات	شغل

توضیحات:

محل امضاء دانشجو

محل امضاء استاد مشاور