

باسم تعالی
فرم ثبت نام دانشجوی

محل الصاق عکس

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:	شماره دانشجویی:
کد ملی:	شماره شناسنامه:	سریال شناسنامه:	تاریخ تولد:
نام پدر:	محل تولد:	استان محل تولد:	محل صدور:
بخش تولد:	دین:	مذهب:	ملیت:
وضعیت تاهل: مجرد	متاهل	جنسیت:	ترم ورود: اول دوم
نوع دوره: روزانه	شهریه پرداز	نوع پذیرش: آزمون سراسری اختصاصی	گروه آزمایشی:
وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت	معافیت دائم	معافیت موقت	عضو رسمی یا بورسیه نیروی انتظامی
سهمیه قبولی: مناطق آزاد	شاهد	رزمندگان	نمونه کشوری
			استعداد درخشان
			بورسیه
			دارای دفترچه خدمت بدون غیبت
			مشمول

تلفن منزل:	تلفن همراه والدین:	کد پستی:
تلفن موقت یا خوابگاه:	تلفن همراه دانشجو:	E-mail:
آدرس منزل:		
آدرس موقت یا خوابگاه:		
نوع سکونت: همراه والدین	منزل شخصی	خوابگاه
نوع دیپلم:	نوع دیپلم:	معدل دیپلم:
تاریخ اخذ دیپلم:		

وضعیت طرح: گواهی پایان طرح	معاف از طرح	مشمول طرح هستم	مشمول طرح نیستم	ترخیص از طرح	دانشجوی ترم آخر
----------------------------	-------------	----------------	-----------------	--------------	-----------------

اطلاعات مقاطع قبل:

کاردانی

دانشگاه:	رشته:	تاریخ فارغ التحصیلی:
----------	-------	----------------------

کارشناسی

دانشگاه:	رشته:	تاریخ فارغ التحصیلی:
----------	-------	----------------------

کارشناسی ارشد

دانشگاه:	رشته:	تاریخ فارغ التحصیلی:
----------	-------	----------------------

ضمن تایید مراتب فوق الذکر متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت در هیچ مقطع دیگری ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم. در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی خواهد شد. در صورت تغییر آدرس محل زندگی، تلفن ثابت و همراه سریعاً مراتب را به اداره آموزش دانشکده اعلام نمایم. در غیر این صورت عواقب ناشی از آن برعهده اینجانب خواهد بود.

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا