بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان
معاونت آموزشی دانشگاه

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی (دکتری تخصصی)

تاریخ تنظیم :

شماره دانشجویی :

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر : ..... شماره شناسنامه ..... محل صدور شناسنامه : .....

محل تولد : ..... تاریخ : ..... کد ملی : .....

جنسیت : زن ◇ مرد◇ زبان : فارسی ◇ انگلیسی :◇ عربی: ◇

دین : ..... مذهب : ..... ملیت : ..... وضعیت تأهل: متأهل ◇مجرد◇

وضعیت نظام وظیفه : .....

معافیت تحصیلی ◇ پایان خدمت ◇ معافیت دائم ◇ معافیت موقت ◇ و یا .....

آخرین مقطع قبلی	
	رشته کارشناسی : .....
	دانشگاه : .....
	تاریخ فارغ التحصیلی : / /
	رشته کارشناسی ارشد : .....
	دانشگاه : .....
	تاریخ فارغ التحصیلی : / /

تاریخ شروع به تحصیل مقطع جدید: ..... نیمسال اول : ◇ نیمسال دوم :◇

نوع دوره : روزانه □ شبانه □

رشته قبولی : .....

تاریخ آزمون : .....

سهمیه ثبت نامی (در آزمون) : آزاد□ کارکنان □ مربیان□ استعدادهای درخشان □ مناطق محروم □ خانواده شهدا□ رزمندگان □

وضعیت اشتغال : شاغل : □ غیر شاغل : □ در صورت اشتغال : رسمی □ پیمانی □

مجوز ادامه تحصیل : مأموریت آموزشی □ مرخصی بدون حقوق □ استعفا □

نوع سکونت : بومی □ غیر بومی□

نشانی دائم و کد پستی :

.....

ایمیل **(Email)** : .....

تلفن ثابت : ..... تلفن همراه: .....

تاریخ :

امضا دانشجو :