

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

فرم واحد رایانه

۱- تکمیل این فرم جهت کلیه دانشجویان الزامی است.

۲- مسئولیت عدم تکمیل هر یک از موارد ذیل بعهده دانشجو می باشد.

❖ مشخصات دانشجو: شماره دانشجویی:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
محل صدور شناسنامه:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
وضعیت نظام وظیفه:	تابعیت:	دین / مذهب:
آدرس ایمیل:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
آدرس:		

* مدارک تحصیلی قبلی

کاردانی:	دانشگاه:	تاریخ فراغت از تحصیل:
کارشناسی:	دانشگاه:	تاریخ فراغت از تحصیل:
کارشناسی ارشد:	دانشگاه:	تاریخ فراغت از تحصیل:

* مشخصات تحصیلی

رشته قبولی:
مقطع قبولی:
سه‌میه ثبت نامی:
نیمسال قبولی:
رتبه پذیرش:

(در صورتیکه آخرین مدرک تحصیلی شما دیپلم می باشد تاریخ اخذ دیپلم را قید نمایید.)

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضاء دانشجو:

برگه تقاضا نامه برای بهره مندی از مزایای آموزش رایگان

شماره دانشجویی :

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شماره پرونده :

اینجانب (نام و نام خانوادگی)	فرزند	متولد سال
دارنده شماره شناسنامه	صادره از	پذیرفته شده سال
رشته	دوره روزانه دانشکده	که با اطلاع کامل از لایحه
قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون وسائل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ ۵۹/۳/۱۲ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران به تصویب رسیده است و قبول تکالیف قانونی خود علاقمند هستم درطول تحصیل از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم .		
تقاضا دارم دستور فرمایند نام اینجانب را طبق مقررات ثبت نام نمایند./ت		

امضاء دانشجو

تاریخ

آدرس دائم دانشجو:

آدرس موقت دانشجو :

آدرس ولی دانشجو :

تلفن ضروری که بتوان با آن تماس گرفت :

اینجانب متعهد میگردم که در صورت تغییر آدرس در اسرع وقت مراتب را به آموزش کل دانشگاه اطلاع دهم در غیر اینصورت مسئولیت عدم وصول مکاتبات بعهدہ اینجانب خواهد بود.

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
1				
2				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاد های دولتی :

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
1						
2						

وابستگی درجه یک خانواده شهید مقتود الاثر اسپر نام و نام خانوادگی ایشان نسبت فامیلی شما با وی
 محل شهادت (شهادت/اسارت/مقتود الاثر شدن) زمان چنانچه جانباز می باشد درصد آن را بنویسید
 آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: خیر

مشخصات 3 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
1					
2					
3					

نام 3 نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	آدرس
1				
2				
3				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

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

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
1				
2				

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

.....

شماره تلفن ضروری جهت تماس : همراه : e-mail.....

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی سال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تنظیم فرم و امضاء



بسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

تعهد نامه

اینجانب

پذیرفته شده رشته

مقطع

متعهد می شوم که درهیچیک دوایر دانشگاههای دولتی ویا وابسته به دولت مشغول به خدمت نمیباشم . بدیهی است درصورت مشخص شدن هرگونه مغایرت کلیه عواقب و مسئولیتهای قانونی ناشی از آن متوجه اینجانب گردیده وسیستم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هیچگونه مسئولیتی دراین خصوص نخواهد داشت ./از

امضاء

تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن: (۰۲۰خط) www.sbm.u.ac.ir ۲۳۸۷۱

تعهد نامه

پذیرفته شده رشته

اینجانب

متعهد می شوم نسبت به تکمیل مطالب مندرج در فرم ها و ارائه مدارک بر اساس دستورالعمل ثبت نامی اقدام نمایم. چنانچه مطالب تکمیل شده و یا مدارک ارائه شده مغایر با دستورالعمل باشد دانشگاه برابر مقررات و ضوابط اقدام نماید.

امضاء

فرم شماره ۵: ثبت نام دانشجویان غیر ایرانی غیر بورسیه برای آزمون کارشناسی ارشد رشته های گروه پزشکی سال ۹۶

محل اقامت عکس	۱) هویت متقاضی					
	Name:		نام:			
	Last Name:		نام خانوادگی:			
	Father's Name:		نام پدر:			
	نام وسط:		نام جد:			
	محل تولد:		تاریخ تولد:			
۲) مشخصات متقاضی						
جنسیت:		زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	دین:	مذهب:	شمار خانوار:
وضعیت تأهل:		مجرد <input type="checkbox"/> (ازدواج نکرده) <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> (با همسر <input type="checkbox"/> دور از همسر) <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>				
۳) مدارک شناسایی						
گذرنامه با اعتبار حداقل ۶ ماه پروانه اقامت		شماره:	تاریخ صدور:	محل صدور:		
دفترچه اقامت پناهندگی		شماره:	تاریخ صدور:	محل صدور:		
کارت هویت ویژه اتباع خارجی		شماره:	تاریخ صدور:	محل صدور:		
برگ خروج از کشور مدت ناز		شماره:	تاریخ صدور:	محل صدور:		
۴) آدرس						
کشور محل سکونت در خارج:		شهر:	پست الکترونیک:			
آدرس:		تلفن:				
شهر محل سکونت در ایران:		آدرس:				
کدپستی:		تلفن:	تلفن همراه:			
شهر محل تحصیل در ایران:		آدرس:				
تلفن:		شماره:	پست الکترونیک:			
شهر محل کار فعلی در ایران:		آدرس:	تلفن:			
شهر محل کار قبلی در ایران:		آدرس:	تلفن:			
۵) اطلاعات تحصیلی						
آخرین مدرک	محل اخذ مدرک	تاریخ اخذ مدرک	نام مؤسسه آموزش	شهر محل تحصیل	معدل کتبی	معدل کل
مقطع: <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی پیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری حرفه ای <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی						
رشته تحصیلی:		محل تأمین هزینه تحصیلی:		شبه آموزش <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> نیمه حضوری <input type="checkbox"/> مجازی <input type="checkbox"/>		
نوع تحصیل: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> معادل <input type="checkbox"/> فراگیر <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> پودمانی <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> بورسیه <input type="checkbox"/> بورسیه توددی <input type="checkbox"/>						
۶) مرتب‌ترین (معرف، مشخصات مادر ایرانی، اعضای خانواده یا افراد تحت تکفل)						
نام معرف ایرانی:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شغل:	تلفن محل کار:	تلفن محل سکونت:	
نام مادر ایرانی:	نام خانوادگی:	نام پدر:	نام جد:	تاریخ تولد:	محل تولد:	
شماره شناسنامه:	محل صدور:	شماره کارت ملی:	نوع ازدواج <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> غیر رسمی <input type="checkbox"/>	تاریخ صدور پروانه:	شماره پروانه ازدواج:	



پرسش نامه سلامت عمومی // GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE

لطفاً سوالات زیر را به دقت مطالعه و در هر مورد گزینه‌ای را که فکر می‌کنید با وضعیت کنونی شما (از یک ماه پیش تا کنون) مطابقت دارد، مشخص کنید.

- ۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟
الف: بهتر از همیشه ب: مثل همیشه ج: بدتر از همیشه د: خیلی بهتر از همیشه
- ۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروی تقویتی نیاز دارید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سردرد داشته‌اید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته‌اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می‌شود؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می‌شود؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده باشید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می‌شوید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً "تحت فشار هستید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده‌ای هراسان و یا وحشت زده شده‌اید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام هر کاری از توان شما خارج است؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

- ۱۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۱۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به طور کلی احساس کرده‌اید که کارها را به خوبی انجام می‌دهید؟
الف: بیشتر از همیشه ب: مثل همیشه ج: کمتر از همیشه د: خیلی کمتر از همیشه
- ۱۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می‌کنید؟
الف: بیشتر از همیشه ب: مثل همیشه ج: کمتر از همیشه د: خیلی کمتر از همیشه
- ۱۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟
الف: بیشتر از همیشه ب: مثل همیشه ج: کمتر از همیشه د: خیلی کمتر از همیشه
- ۲۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟
الف: بیشتر از همیشه ب: مثل همیشه ج: کمتر از همیشه د: خیلی کمتر از همیشه
- ۲۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمره زندگی لذت ببرید؟
الف: بیشتر از همیشه ب: مثل همیشه ج: کمتر از همیشه د: خیلی کمتر از همیشه
- ۲۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که آدم بی‌ارزشی هستید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۲۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامید کننده است؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۲۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۲۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۲۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصابتان خراب است نمی‌توانید کاری انجام دهید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۲۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده‌اید که یک‌کاش مرده بودید و کالا از شر زندگی خلاص می‌شدید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد
- ۲۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟
الف: خیر ب: کمی ج: زیاد د: خیلی زیاد

پاسخ نامه سلامت عمومی

د	ج	ب	الف	A	د	ج	ب	الف	B
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۳
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۴
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۲	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۵
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۳	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۶
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۷

د	ج	ب	الف	D	د	ج	ب	الف	C
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۲	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۵
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۳	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۶
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۷
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۸
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۱۹
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۰
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	۲۱

D	C	T	B	A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



مدیریت مشاوره و سلامت روان دانشجویان
Counseling & Mental Health Center

مشخصات عمومی دانشجوی

- ۱- نام: _____
- ۲- نام خانوادگی: _____
- ۳- نام دانشکده: _____
- ۴- رشته تحصیلی پذیرفته شده: _____
- ۵- تاریخ تولد: / / _____
- ۶- جنسیت: مذکر مونث
- ۷- شماره تلفن منزل: _____
- ۸- وضعیت تاهل: متاهل مجرد
- ۹- شماره دانشجویی: _____
- ۱۰- نوع پذیرش در دانشگاه: نوبت اول نوبت دوم
- ۱۱- رشته قبلی شما انتخاب چندم شما بود؟ _____
- ۱۲- رشته دبیرستانی: ریاضی تجربی انسانی فنی حرفه ای کار دانش
- ۱۳- آیا سابقه تحصیل در مدارس استعدادهای درخشان را دارید؟ خیر بله (ذکر مقطع تحصیلی:.....)
- ۱۴- آیا سابقه کسب مقام در المپیادهای علمی و ورزشی کشوری و بین المللی دارید؟ خیر بلی
- (نام المپیاد و کشور برگزار کننده.....)
- ۱۵- فرزند چندم خانواده هستید؟ _____
- ۱۶- مقطع تحصیلی در دانشگاه: _____
- کارشناسی کارشناسی ارشد دکترای حرفه ای
- ۱۷- نوع سهمیه پذیرفته شده: _____
- مناطق شهدا ایثارگران سایر
- ۱۸- محل سکونت دانشجوی: بومی غیر بومی
- با خانواده: در خوابگاه: در خانه اجاره ای با دوستان: در خانه اجاره ای به تنهایی:
- ۱۹- معدل دیپلم یا پیش دانشگاهی: _____
- ۲۰- رتبه کشوری در کنکور: _____