



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

فرم ثبت نام

- ۱- تکمیل این فرم جهت کلیه دانشجویان و دستیاران الزامی است.
- ۲- مسئولیت عدم تکمیل هر یک از موارد ذیل بعهده دانشجو میباشد.

شماره دستیاری :

* مشخصات دستیار

نام پدر :	نام خانوادگی:	نام :
محل صدور شناسنامه:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
	استان تولد :	محل تولد :
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: روز ماه سال
وضعیت نظام وظیفه: مشمول <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/>	تابعیت :	دین/مذهب :
معافیت <input type="checkbox"/> با ذکر نوع معافیت	محل استخدام :	نوع استخدام :
آدرس ایمیل:	تلفن همراه :	تلفن ثابت :
		آدرس:

مشخصات تحصیلی

مدت تعهد :	سال قبولی :
رشته قبولی:	دانشگاه یا موسسه طرف تعهد :
	نوع سهمیه قبولی :
مقطع تخصصی	مقطع عمومی
دانشگاه :	دانشگاه :
سهمیه :	معدل :
	سهمیه :
تاریخ شروع به تحصیل :	تاریخ شروع به تحصیل :
تاریخ فراغت از تحصیل: روز ماه سال	تاریخ فراغت از تحصیل: روز ماه سال

تاریخ تکمیل فرم :

نام و امضاء دستیار :