



بسمه تعالی

تاریخ:  
شماره:  
پیوست:

### تعهد نامه

اینجانب پذیرفته شده رشته مقطع  
متعهد می شوم که در هیچیک دوائر دانشگاههای دولتی و یا وابسته به دولت مشغول  
به خدمت نمیباشم. بدیهی است در صورت مشخص شدن هرگونه مغایرت کلیه عواقب  
و مسئولیتهای قانونی ناشی از آن متوجه اینجانب گردیده و سیستم آموزشی دانشگاه  
علوم پزشکی شهید بهشتی هیچگونه مسئولیتی در این خصوص نخواهد داشت. از

امضاء

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

تلفن: (۰۲۱) ۲۳۸۷۱ [www.sbm.u.ac.ir](http://www.sbm.u.ac.ir)

بسمه تعالی

اینجانب پذیرفته شده رشته مقطع  
**Ph.D** متعهد می شوم نسبت به تکمیل مطالب مندرج در فرمها 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.

نام و نام خانوادگی

امضاء



محل الصاق  
مکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره Ph.D سال ..... گروه پزشکی

تاریخ آزمون ..... رشته انتخابی دوره Ph.D

دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی ارشد ..... رشته تحصیلی ..... از سال ..... لغایت سال .....

تذکرات: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکرات: قسمتهایی که جواب ندارد را با خط تیره مشخص فرمایید.

نام:

نام خانوادگی:

شماره شناسنامه: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... محل تولد: .....

شماره کارت ملی: ..... دین: ..... مذهب: ..... وضعیت تأهل: .....

وضعیت خدمت و وظیفه: ..... تابعیت: ..... نام و نام خانوادگی قبلی: .....

نام و نام خانوادگی همسر: ..... میزان تحصیلات همسر: ..... شغل و محل کار همسر: .....

شغل پدر: ..... شغل مادر: .....

آدرس محل زندگی والدین:

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی انتظامی و یا دواير دولتی هستید محل کار و تاریخ شروع بکار را ذکر نمایید:

**\*توجه: داوطلب گرامی در صورتی که در استخدام رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دواير دولتی می باشید آخرین حکم کارگزینی ممهور به اصل مهر کارگزینی را ضمیمه فرم نمائید.**

داوطلب دستياری: آزاد  مناطق محروم  رزمندهگان و ایثارگران  کارکنان وزارت بهداشت و درمان

نام دانشگاه های محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقالی

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقالی
۱				
۲				

آزمونهای قبلی (نتایج دو دوره آخر)

محل آزمون	
نتیجه آزمون علمی	
نتیجه گزینش عمومی	

وضعیت اشتغال بخدمت فعلی و آمارات قانونی

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن:

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						
۳						

وابستگی درجه یک خانواده شهید  مفقودالایر  اسیر  نام و نام خانوادگی ایشان..... نسبت فامیلی شما با وی .....

محل شهادت (شهادت/اسارت/مفقودالایر شدن)..... زمان چنانچه مجروح یا جانباز می باشد: مجروح  جانباز

نوع آسیب دیدگی ..... زمان و محل وقوع: آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله  خیر

مشخصات اساتید و دوستان زمان تحصیل که شما را کاملاً می شناسند را ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	آدرس و تلفن:
۱					
۲					
۳					

آدرس محل سکونت: استان ..... شهر ..... آدرس پستی .....

تاریخ شروع: .....

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

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

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

.....

\*شماره تلفن ضروری جهت تماس: ۱-..... ۲-..... ۳-.....

اینجانب ..... داوطلب شرکت در آزمون Ph.D دوره ..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی این فرم را در تاریخ ..... صادفانه 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

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 هریک از موارد ذیل بعهده دانشجو می باشد .

❖ مشخصات دانشجو:  شماره دانشجویی:

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

## برگ تقاضا نامه برای بهره مندی از مزایای آموزش رایگان

شماره دانشجویی :

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

شماره پرونده:

اینجناب ( نام و نام خانوادگی ):	فرزند	متولد سال
دارنده شماره شناسنامه	صادره از	پذیرفته شده سال
رشته	دوره روزانه / شبانه دانشکده	که باطلاع کامل از

لایحه قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون تامین وسائل وامكانات 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 . تقاضای دارم دستور فرمایند نام اینجناب را طبق مقررات ثبت نمایند.

امضاء دانشجو :

تاریخ :

آدرس دائم دانشجو:

آدرس موقت دانشجو :

آدرس ولی دانشجو :

تلفن ضروری که بتوان با آن تماس گرفت:

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

نام و نام خانوادگی  
امضاء دانشجو