



دانشگاه علوم پزشکی

وحدات بهداشتی درمانی قم

مدیریت آموزش، تحقیقات و فناوری

بریتالی
مدیریت امور آموزشی

فرم تقاضا نامه ثبت نام

شماره دانشجویی:			
نام: ۱-	نام خانوادگی: ۲-	نام پدر: ۳-	
شماره شناسنامه: ۴-	کد ملی: ۵-		
تاریخ تولد: روز	ماه	سال	جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> ۷-
محل تولد: استان	شهرستان	بخش	
محل صدور شناسنامه: استان	شهرستان	بخش	
وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان			
تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/> نام کشور		۱۲- دین:	مذهب:
۱۳- دانشکده:	۲۶- سال اخذ دیپلم:		
۱۴- رشته تحصیلی:	نام دبیرستان:		
۱۵- گرایش:	استان	شهرستان	بخش
۱۶- نوع دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>	۲۷- سال اتمام دوره پیش دانشگاهی:		
۱۷- مقطع: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>	نام مرکز:		
۱۸- نوع مقطع: پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته <input type="checkbox"/>	استان	شهرستان	بخش
۱۹- سهمیه ثبت نامی:	۲۸- سال اتمام دوره کاردانی:		
۲۰- سال قبولی در آزمون:	مقطع و رشته تحصیلی:	نام دانشگاه / مؤسسه:	
۲۱- سال شروع به تحصیل:	وضعیت تحصیلی: فارغ التحصیل <input type="checkbox"/> انصرافی <input type="checkbox"/> اخراجی <input type="checkbox"/>	تاریخ اتمام:	
نیمسال اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>	۲۹- زبان خارجی که امتحان داده‌اید.	۳۰- به چه زبان دیگری تسلط دارید؟	
۲۲- نوع پذیرش: کنکور سراسری <input type="checkbox"/>	۳۱- سابقه پذیرش یا تحصیل در این مقطع را داشته‌اید؟	سال:	
کنکور اختصاصی <input type="checkbox"/>	نام دانشگاه یا مؤسسه:		
۲۳- شماره داوطلبی کنکور:	۳۲- وضعیت ایثارگری:		
۲۴- وضعیت نظام وظیفه:	فرزند شهید <input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> خانواده (برادر یا خواهر شهید) <input type="checkbox"/>		
نوع معافیت:	آزاده <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت ماه		
۲۵- متقاضی سکونت در خوابگاه هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جانباز <input type="checkbox"/> فرزند جانباز <input type="checkbox"/> همسر جانباز <input type="checkbox"/> ۲۵٪ تا ۴۹٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ و بالاتر <input type="checkbox"/>	رزمند <input type="checkbox"/> مدت حضور در جبهه ماه	
۳۳- نشانی محل سکونت:	شماره تلفن منزل:		
کد پستی (ده رقمی):	شماره تلفن همراه:		
E-mail:			
۳۴- آیا غیر از تحصیل به کار دیگری مشغول هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع فعالیت:	نشانی محل کار:		
تلفن:			

۳۵- مشخصات اعضای خانواده: پدر، مادر، همسر، فرزندان، برادران و خواهران

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	شغل	تحصیلات	نشانی - تلفن
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							

بسمه تعالی

اینجانب دانشجوی ورودی رشته این دانشگاه با آگاهی از مقررات و ضوابط آموزشی، اخلاقی، اجتماعی و انضباطی و نیز تعهدات مربوط به آموزش رایگان، متعهد می‌شوم ضمن رعایت کامل مقررات و آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم و اهتمام در امر آموزش و پژوهش و فعالیت‌های دانشجویی، فرهنگی و اجتماعی، چنانچه به هر دلیل، منعی از نظر شورای آموزشی یا کمیته انضباطی برای ادامه تحصیل اینجانب اعلام شد، از حضور در واحدهای آموزشی خودداری نموده و چنانچه در این مورد اعتراضی داشتم، موضوع را به طور کتبی از طریق مجاری قانونی پیگیری نمایم. ضمناً متعهد می‌گردم کلیه بندهای فرم تقاضانامه ثبت نام را بدون اشتباه و بر اساس مدارک تکمیل نموده‌ام و در صورت وجود هر گونه مغایرت و عدم صحت مندرجات فوق، مسئولیت آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ:

امضای دانشجو