



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری

بیت علمی  
مدیریت امور آموزشی

فرم تقاضا نامه ثبت نام

شماره دانشجویی:		نام خانوادگی:		نام پدر:	
شماره شناسنامه:		۵- کد ملی:		۶- تاریخ تولد: روز ماه سال	
۸- محل تولد: استان شهرستان بخش		۷- جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>			
۹- محل صدور شناسنامه: استان شهرستان بخش		۱۰- وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان			
۱۱- 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- زبان خارجی که امتحان داده‌اید:			
۲۰- سال قبولی در آزمون:		۲۹- به چه زبان دیگری تسلط دارید؟			
۲۱- سال شروع به تحصیل:		۳۰- آیا تاکنون در آزمون سراسری پذیرفته شده‌اید؟ سال قبولی رشته			
نیمسال اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>		۳۱- سابقه تحصیلات عالی دارید؟			
۲۲- نوع پذیرش: کنکور سراسری <input type="checkbox"/> کنکور اختصاصی <input type="checkbox"/>		مقطع و رشته تحصیلی:		نام دانشگاه / مؤسسه:	
۲۳- شماره داوطلبی کنکور:		وضعیت تحصیلی: فارغ‌التحصیل <input type="checkbox"/> انصرافی <input type="checkbox"/> اخراجی <input type="checkbox"/>		تاریخ اتمام:	
۲۴- وضعیت نظام وظیفه:		۳۲- وضعیت اینترگری:			
نوع معافیت:		فرزند شهید <input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> خانواده (برادر یا خواهر شهید) <input type="checkbox"/>			
۲۵- متقاضی سکونت در خوابگاه هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		آزاده <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت ..... ماه			
		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"/>			
		رزمنده <input type="checkbox"/> مدت حضور در جبهه ..... ماه			
۳۳- نشانی محل سکونت:		کد پستی (ده رقمی):			
شماره تلفن منزل:		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							

۳۶- مشخصات سه نفر از دوستان صمیمی و نزدیک:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدت آشنایی	شغل	میزان تحصیلات	نشانی - تلفن
۱					
۲					
۳					

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