



دانشگاه علوم پزشکی

وحدات بهداشتی درمانی قم

سازمان آموزش، تحقیقات و فناوری

بریتالی

مدیریت امور آموزشی

فرم تقاضای نامه ثبت نام

شماره دانشجویی:			
۱- نام:	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:	
۴- شماره شناسنامه:	۵- کد ملی:		
۶- تاریخ تولد: روز	ماه	سال	۷- جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
۸- محل تولد: استان	شهرستان	بخش	
۹- محل صدور شناسنامه: استان	شهرستان	بخش	
۱۰- وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه	۲۷- سال اتمام دوره پیش دانشگاهی:		
۱۷- مقطع: <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دکتری	نام مرکز:		
۱۸- نوع مقطع: <input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	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: <input type="checkbox"/> کنکور سراسری <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> کنکور اختصاصی	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"/>		
۲۴- وضعیت نظام وظیفه:	تاریخ اتمام:		
نوع معافیت:	۳۲- وضعیت ایثارگری:		
۲۵- متقاضی سکونت در خوابگاه هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	فرزند شهید <input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> خانواده (برادر یا خواهر شهید) <input type="checkbox"/>		
۳۳- نشانی محل سکونت:	آزاده <input type="checkbox"/> فرزند آزاده <input type="checkbox"/> مدت اسارت ماه		
شماره تلفن منزل:	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"/>		
شماره تلفن همراه:	رزمنده <input type="checkbox"/> مدت حضور در جبهه ماه		
۳۴- آیا غیر از تحصیل به کار دیگری مشغول هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع فعالیت:	کد پستی (ده‌رقمی):		
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، مسؤولیت آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ:

امضای دانشجو