

بریتانی
فرم تقاضانامه ثبت نام


دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی قم
معاونت آموزشی

شماره دانشجویی:			
۱- نام:		۲- نام خانوادگی:	
۳- نام پدر:			
۴- شماره شناسنامه:		۵- کد ملی:	
۶- تاریخ تولد: روز ماه سال		۷- جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
۸- محل تولد: استان شهرستان بخش			
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- سال اتمام دوره کاردانی:	
۲۰- سال قبولی در آزمون:		مقطع و رشته تحصیلی:	
۲۱- سال شروع به تحصیل:		نام دانشگاه / مؤسسه:	
نیمسال اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>		وضعیت تحصیلی: فارغ التحصیل <input type="checkbox"/> انصرافی <input type="checkbox"/> اخراجی <input type="checkbox"/>	
۲۲- نوع پذیرش: کنکور سراسری <input type="checkbox"/>		تاریخ اتمام:	
کنکور اختصاصی <input type="checkbox"/>		۲۹- زبان خارجی که امتحان داده اید.	
۲۳- شماره داوطلبی کنکور:		۳۰- به چه زبان دیگری تسلط دارید؟	
۲۴- وضعیت نظام وظیفه:		۳۱- سابقه پذیرش یا تحصیل در این مقطع را داشته اید؟	
نوع معافیت:		سال: نام دانشگاه یا مؤسسه:	
۲۵- متقاضی سکونت در خوابگاه هستید؟ بلی <input type="checkbox"/>		۳۲- وضعیت اینترگری:	
خیر <input type="checkbox"/>		فرزند شهید <input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> خانواده (برادر یا خواهر شهید) <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:		شماره تلفن منزل:	
کد پستی (ده رقمی):		E-	
شماره تلفن همراه:			
mail:			
۳۴- آیا غیر از تحصیل به کار دیگری مشغول هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع فعالیت:		تلفن:	
نشانی محل کار:			

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

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

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، مسؤلیت آن بر عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ:

امضای دانشجو