دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

«بسمه تعالی»

۲۴

درخواست نام نویسی و ثبت مشخصات

مدیریت امور آموزشی

۱- کد ملی :

۲- نام :..... ۳- نام خانوادگی : ..... ۴-.نام پدر.....

۵- شماره شناسنامه:..... ۶- محل صدور: ..... ۷- تاریخ تولد: ..... /..... / ..... ۸- محل تولد :.....

۹- جنس: ☐مرد ☐زن ۱۰- وضعیت☐ سالم جسمی:☐ معلو ل

۱۱- سهمیه ثبت نامی : ☐ مناطق:۱ ❍ ۲ ❍ ۳ ❍ ۴ ❍ ۵

☐ جا نباز..... .درصد ☐ آزادگان

☐ آزاد ☐ فرزند جا نباز ☐ رزمندگان

☐ کارمندی ☐ خانواده شهدا ☐ شاهد

☐سایر .....

۱۲- گروه خو ن : ..... ۱۳- دین : ..... مذهب: .....

۱۴-زبان مادری : ☐ فارسی ☐عربی ☐ آذری ☐ سایر..... ۱۵- تابعیت :☐ ایران ☐سایر .....

۱۶ – وضعیت نظام وظیفه :(برادران)

☐ منتظرمعافیت تحصیلی
☐دارای دفترچه اعزام
☐ کارت پایان خدمت
☐ معافیت کفالت (دائم – موقت)
☐ معافیت پزشکی (دائم – موقت)
☐خرید خدمت
☐ ترخیص ازخدمت
شماره نامه ترخیص :
..... مورخ / /

☐ پرسنل رسمی ارتش سپاه نیروی انتظامی

تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:
...../...../.....

۱۷- مشخصات اعضاء خانواده :(ثبت مشخصات تمامی اعضاء الزامی است)

نسبت	نام	نام خانوادگی	شغل	محل کار	تلفن محل کار
پدر					
مادر					
همسر					

برادران		خواهران		فرزندان
نام	شغل	نام	شغل	نام
۱-		۱-		۱-
۲-		۲-		۲-
۳-		۳-		۳-
۴-		۴-		۴-
۵-		۵-		۵-

۱۸_ وضعیت شغلی حین تحصیل: شاغل نیستم☐ شاغل هستم☐ تلفن : .....
آدرس کامل محل کار : .....

۱۹- سوابق دانشگاهی : (مخصوص فارغ التحصیلان کاردانی و کارشناسی و کارشناسی ارشد)

دانشگاه مبداء	رشته تحصیلی	سال ورودی	مقطع	دوره	تاریخ اتمام دوره	تعداد واحدپاس شده	ترم های طی شده
				☐روزانه ☐شبانه			

۲۰- مشخصات رشته قبولی:

رتبه آزمو ن	رشته قبولی	مقطع	نوع مقطع	دوره	سهمیه قبولی	شروع تحصیل	ملاحظات
			☐ ناپیوسته☐پیوسته	☐روزانه ☐شبانه			

۲۱_ نشانی دقیق محل سکونت خانوادگی و تلفن تماس را به شرح ذیل اعلام می دارم و در صورت تغییر کتباً گزارش خواهم نمود.

استان : ..... **شهر :** ..... **خیابان :** ..... **پلاک :** ..... **کدپستی :** .....

تلفن : .....**کد شهرستان :** .....

اینجانب موارد خواسته شده بالا را بطور دقیق وواقعی تکمیل نموده, صحت اطلاعات مندرج راتائید می نمایم وبدینوسیله تقاضای ثبت نام وتحصیل دراین دانشگاه را دارم.

تاریخ تکمیل فرم امضاء دانشجو