



درخواست نام نویسی و ثبت مشخصات

مدیریت امور آموزشی

۱- کد ملی :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۴- نام پدر:

۳- نام خانوادگی :

۲- نام :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

۹- جنس: مرد زن ۱۰- وضعیت سالم ۱۱- سهمیه ثبت نامی : مناطق ۱: ۲ ۳ ۴ ۵ آزادگان رزمندگان شاهد سایر

آزاد کارمندی فرزند جا نیاز خانواده شهدا جا نیاز..... درصد آزادگان رزمندگان شاهد سایر

جسمی: معلول

۱۲- گروه خون : ۱۳- دین : مذهب:

۱۴- زبان مادری : فارسی عربی آذری سایر..... ۱۵- تابعیت: ایران سایر ۱۶- دین: مذهب:

۱۸- مشخصات اعضاء خانواده (ثبت مشخصات تمامی اعضاء الزامی است)

۱۷- وضعیت نظام وظیفه (برادران)

نسبت	نام	نام خانوادگی	شغل	محل کار	تلفن محل کار
پدر					
مادر					
همسر					
		برادران		خواهران	
	نام	شغل	نام	شغل	فرزندان
					نام
۱-			۱-		۱-
۲-			۲-		۲-
۳-			۳-		۳-
۴-			۴-		۴-
۵-			۵-		۵-

منتظر معافیت تحصیلی
 دارای دفترچه اعزام
 کارت پایان خدمت
 معافیت کفالت (دائم - موقت)
 معافیت پزشکی (دائم - موقت)
 خرید خدمت
 ترخیص از خدمت
شماره نامه ترخیص :
..... مورخ / /
 پرسنل رسمی ارتش سپاه
نیروی انتظامی
تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:
...../...../.....

۱۹- وضعیت شغلی حین تحصیل: شاغل نیستم شاغل هستم تلفن :
آدرس کامل محل کار :

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

دانشگاه مبدا	رشته تحصیلی	سال ورودی	مقطع	دوره	تاریخ اتمام دوره	تعداد واحدهای پاس شده	ترم های طی شده
				<input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه			

۲۱- مشخصات رشته قبولی:

رتبه آزمون	رشته قبولی	مقطع	نوع مقطع	دوره	سهمیه قبولی	شروع تحصیل	ملاحظات
			<input type="checkbox"/> ناپیوسته <input type="checkbox"/> پیوسته	<input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> شبانه			

۲۲- 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 و واقعی تکمیل نموده، صحت اطلاعات مندرج را تأیید می نمایم و بدینوسیله تقاضای ثبت نام و تحصیل در این دانشگاه را دارم.

بسمه تعالی

دانشگاه / موسسه آموزش عالی

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند خواهر / برادر پذیرفته نیمسال اول (نیمسال دوم) در رشته

، از مقطع کاردانی (فوق دیپلم) این موسسه آموزش عالی فارغ التحصیل شده است (حداکثر تا

۱۳۸۹/۱۱/۳۰ فارغ التحصیل خواهد شد) و اشتغال به تحصیل نامبرده مورد تایید شورای عالی انقلاب فرهنگی / وزارت علوم،تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است (می‌باشد).

ضمناً این فرم فقط برای اطلاع آن موسسه آموزش عالی صادر گردیده و فاقد هرگونه ارزش دیگری است.

محل مهر و امضاء مسئول امور آموزشی دانشگاه / موسسه آموزش عالی



بسمه تعالی

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته های تحصیلی گروههای آموزشی مختلف در آزمون دوره های
 کردانی (فوق دیپلم) به دوره های کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۸۹

اینجانب:----- فرزند ----- متولد سال ----- به
 شماره شناسنامه ----- صادره از ----- محل تولد ----- ساکن -----
 ----- که در آزمون کردانی به کارشناسی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در رشته -----
 ----- در مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه / دانشکده / موسسه آموزش عالی -----
 ----- پذیرفته شده ام در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که
 پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی (برای برادران) بمدت یک برابر زمان
 تحصیل خود به تشخیص و معرفی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نمایم.
 چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی برای برادران) از انجام خدمت مذکور به نحو
 فوق استنکاف نمایم وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است برابر
 هزینه های سرانه دانشجوی در طول مدت تحصیل از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نماید. مفاد این
 تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان می باشد و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به معرفی وزارت علوم،
 تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف
 از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجوی را در مدت تحصیل از اموال اینجانب
 برداشت نماید. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و
 میزان هزینه های مصروفه غیر قابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.
 توضیح: خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه آموزشی پزشکی محسوب می شود.

امضاء:

تاریخ:

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

اینجانب فرزند..... متولد سال..... دارای شناسنامه شماره صادره از ساکن

که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ شبانه رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۸۹ در گروه آموزشی..... در رشته..... دانشگاه / موسسه آموزشی..... پذیرفته شده ام،
متعهد می شوم:

دارای کلیه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون فوق الذکر می باشم.
در صورت عدم صحت مطالب فوق این موسسه آموزشی / دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت بعمل آورده و مطابق مقررات مربوطه اقدام نماید.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

امضا:

فرم شماره ۲

بسمه تعالی

تاریخ:

اینجانب..... فرزند..... متولد سال..... دارای شناسنامه شماره صادره از.....

ساکن..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ شبانه رشته های تحصیلی گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۸۹ در گروه آموزشی..... در رشته..... دانشگاه / موسسه آموزشی..... پذیرفته شده ام، متعهد می شوم:

۱- فارغ التحصیل دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور در مقطع بالاتر از فوق دیپلم نمی باشم.

۲- دانشجوی فعلی و اخراجی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی داخل کشور نمی باشم.

در صورت عدم صحت مطالب فوق این موسسه آموزشی / دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت بعمل آورده و مطابق مقررات مربوطه اقدام نماید.

تاریخ:

نام و نام خانوادگی :

امضاء:

بسمه تعالی

تاریخ:

اینجانب..... فرزند..... متولد سال..... دارای شناسنامه شماره صادره از..... ساکن..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ شبانه رشته های تحصیلی گرو ههای آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۸۹ در گروه آموزشی..... در رشته مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی -درمانی..... پذیرفته شده ام با توجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می شوم که هنگام ثبت نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت؛درمان وآموزش پزشکی را بر اساس دستورالعمل بازپرداخت وام های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیئت وزیران مورخ ۱۳۸۲/۵/۲۳ به آموزش کل دانشگاه تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق؛ آن آموزش اجازه دارد که از ثبت نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ جلوگیری بعمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:

بسمه تعالی

تاریخ:

اینجانب..... فرزند..... متولد سال..... دارای شناسنامه شماره صادره از..... ساکن..... که بدون توجه به رشته تحصیلی و یا نوع مدرک کاردانی خود در امتحان پذیرش دانشجو از دوره های کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۸۹ در رشته تحصیلی..... دوره روزانه/ نوبت دوم (شبانه)/ غیرانتفاعی گروه آموزشی دانشگاه / دانشکده / موسسه آموزش عالی پذیرفته شده ام بدینوسیله متعهد می شوم: با توجه به اینکه براساس ضوابط مندرج در فترچه های راهنما و اطلاعیه ثبت نام آزمون مذکور، بدون توجه به رشته تحصیلی و یا نوع مدرک کاردانی (فوق دیپلم)، در آزمون شرکت نموده و پذیرفته شده ام، مطابق ضوابط مربوط، کلیه دروس پیش نیاز و یا جبرانی رشته قبولی اعلام شده که با نظر گروه آموزشی موسسه تعیین و اعلام می شود را با پرداخت شهریه بگذرانم. بدیهی است در صورت عدم رعایت ضوابط مربوطه لین موسسه آموزشی میتواند از ادامه تحصیل اینجانب در هر مقطعی ممانعت بعمل آورد.ح

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:



ریاست محترم صندوقهای رفاه دانشجویان - گروه پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

سلام علیکم

احتراماً نظر به اینکه دانش آموخته یاد شده ذیل در رشته مقطع این دانشگاه پذیرفته شده ، خواهشمند است دستور فرمائید در مورد وضعیت بدهی دانشجویی فرد معرفی شده اعلام نظر نمایند .

اطلاعات مربوط به مقطع تحصیلی قبلی

- محل تحصیل قبلی: دانشگاه علوم پزشکی

- رشته قبلی :

- کد مرکزی:

- شماره دانشجویی سابق:

- نام:

- نام خانوادگی:

- شماره شناسنامه:

- نام پدر:

- شماره پرونده نزد صندوق (مدرج در اوراق بازپرداخت وام)

مهندس محمدرضا امینی پور

مدیر امور آموزشی دانشگاه



شماره:

تاریخ:

پیوست:

بسمه تعالی

سازمان مرکزی

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً نظر به اینکه دانش آموخته معرفی شده ذیل در رشته.....مقطع..... این دانشگاه پذیرفته شده، خواهشمند است دستور فرمائید گزارش تحصیلی مقطع قبلی وی را جهت تکمیل مدارک پرونده دانشجو به نشانی ذیل ارسال نمایند.

نام خانوادگی:

شماره شناسنامه:

سال ورود:

مقطع:

نام:

نام پدر:

رشته تحصیلی:

تاریخ پایان دوره:

دوره: روزانه، شبانه

موارد درخواستی:

- گواهی فراغت از تحصیل با درج تاریخ، سهمیه قبولی (ومورد خاص در صورت وجود)
- ریز نمرات تأیید شده دوره قبل (ممهوره به مهر و امضاء مدیریت آموزشی)
- مدت بهره مندی از مزایای آموزش رایگان .
- میزان دریافتی وام مسکن، وام تحصیلی، کمک هزینه،
- تعهدات دانشجویی (خدمتی)، تعهد خاص .
- وضعیت خدمت نیروی انسانی .

مهندس محمدرضا امینی پور

مدیر امور آموزشی دانشگاه