بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان
معاونت آموزشی دانشگاه

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد)

تاریخ تنظیم :

شماره دانشجویی :

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر : ..... شماره شناسنامه : ..... محل صدور شناسنامه : .....

محل تولد : ..... تاریخ : ..... ۱۳ کد ملی : .....

جنسیت : زن ◇ مرد◇ زبان : فارسی ◇ انگلیسی :◇ عربی: ◇

دین : ..... مذهب : ..... ملیت : ..... وضعیت تأهل: متأهل ◇مجرد◇

وضعیت نظام وظیفه : .....

معافیت تحصیلی ◇ پایان خدمت ◇ معافیت دائم ◇ معافیت موقت ◇ و یا .....

آخرین مقطع قبلی	رشته کاردانی : ..... دانشگاه : ..... تاریخ فارغ التحصیلی : / / ۱۳
	رشته کارشناسی : ..... دانشگاه : ..... تاریخ فارغ التحصیلی : / / ۱۳

تاریخ شروع به تحصیل : .....

نیمسال اول : ◇ ..... نیمسال دوم : ◇ .....

سال تحصیلی : .....

نوع دوره : روزانه ☐ شبانه ☐

رشته قبولی : .....

تاریخ آزمون : .....

سهمیه ثبت نامی (در آزمون) : آزاد☐ کارکنان ☐ مربیان☐ استعدادهای درخشان ☐ مناطق محروم ☐ خانواده شهدا☐ رزمندگان ☐

وضعیت اشتغال : شاغل : ☐ غیر شاغل : ☐ در صورت اشتغال : رسمی ☐ پیمانی ☐

مجوز ادامه تحصیل : مأموریت آموزشی ☐ مرخصی بدون حقوق ☐ استعفا ☐

نوع سکونت : بومی ☐ غیر بومی☐

نشانی دائم و کد پستی : .....

ایمیل (E.mail) : .....

تلفن ثابت : ..... تلفن همراه: .....

تاریخ :

امضاءدانشجو :