



بیت



دانشکده علوم پایه
و فناوریهای نوین علوم پزشکی

فرم ثبت نام دانشجو

مشخصات فردی		
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
استان و شهر محل تولد:	محل صدور شناسنامه	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	در صورت تاهل تعداد فرزندان:	
دین:	مذهب:	کد پستی:
شماره تلفن ثابت:	شماره همراه:	پست الکترونیک:
بومی: سکونت استان تهران <input type="checkbox"/>	سایر استانها:	
نظام وظیفه: پایان خدمت: <input type="checkbox"/> معافیت دائم: <input type="checkbox"/> یا:		
رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:	نیمسال قبولی: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>
سه‌میه قبولی:	شاهد <input type="checkbox"/> ، ایثارگر <input type="checkbox"/> ، رزمنده <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن یکی از بستگان در صورت تماس ضروری:		
آدرس کامل محل سکونت:		
اطلاعات مقاطع پیشین:		
مقطع کارشناسی:		
دانشگاه:	رشته:	تاریخ شروع: تاریخ پایان:
مقطع کارشناسی ارشد:		
دانشگاه:	رشته:	تاریخ شروع: تاریخ پایان:

اینجانب..... با شماره ملی:..... صحت مطالب فوق را تأیید

می‌کنم و متعهد می‌شوم در صورت تغییر شماره تلفن و آدرس، مراتب را کتبی به واحد تحصیلات تکمیلی

دانشگاه اعلام نمایم. امضاء: تاریخ: