



جمهوری اسلامی ایران

بیت

دانشکده علوم پایه
و فناوریهای نوین علوم پزشکی

فرم ثبت نام دانشجو

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

در صورت شاغل بودن:



جمهوری اسلامی ایران

بیت



دانشکده علوم پایه
و فناوریهای نوین علوم پزشکی

فرم ثبت نام دانشجو

نوع سازمان: دولتی وابسته به دولت خصوصی آزاد

نوع استخدام: پیمانی رسمی آزمایشی قراردادی روز مزد

پست سازمانی:

نام و آدرس و تلفن محل کار:.....

مشخصات والدین:

پدر: نام و نام خانوادگی:..... شغل:..... تلفن:.....

مادر: نام و نام خانوادگی:..... شغل:..... تلفن:.....

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

می کنم و متعهد می شوم در صورت تغییر شماره تلفن و آدرس، مراتب را کتبی به واحد تحصیلات تکمیلی

دانشگاه اعلام نمایم. امضاء: تاریخ: