|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره انشجویی** |  |  | **دانشکده پذیرفته شده** |  |
| **نام خانوادگی / نام**  |  | **رشته پذیرفته شده**  |  |
| **جنس** |  | **سال شروع دوره**  |  |
| **نام پدر** |  | **سال قبولی در دوره** |  |
| **شماره شناسنامه** |  | **سهمیه** |  |
| **کد ملی** |  | **تابعیت** |  |
| **تاریخ تولد** |  **.... / ... / ......** | **نیمسال ورود** |  |
| **استان محل تولد** |  | **تاریخ ثبت نام**  |  **/ / 14** |
| **شهرمحل تولد** |  | **نوع تعهد خدمتی** |  **خاص /عام** |
| **محل صدور شناسنامه** |  | **محل تعهد** |  |
| **دین / مذهب** |  | **محل استخدام**  |  |
| **وضعیت تأهل :** |  **تعداد فرزندان** | **عنوان شغل** |  |
| **پروانه دائم پزشکی** |  | **نوع مدرک** |  |
| **وضعیت نظام وظیفه** | **پایان خدمت** |  |
| **معافیت پزشکی** | **محل تحصیل مقطع قبل** |  |
| **نیروی نظامی / انتظامی** | **رشته** |  |
| **مشمول** | **سال ورود به دوره** |  |
| **وضعیت تحصیل** | **درحال تحصیل** | **نوع پذیرش** |  |
| **انتقال از سایر دانشگاهها** | **سال فراغت ازتحصیل** |  |
| **میهمان از سایر دانشگاهها** | **معدل کل** |  |
| **تغییر رشته** | **وضعیت انجام طرح** |  |
| **تلفن ثابت :** |  |  |
| **تلفن همراه :** |  |  | **نام و نام خانوادگی امضاء و تاریخ مهر نظام پزشکی** |
| **نشانی محل سکونت** |  |
| **کد پستی:** |  |
| **E.mail** |  |