



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
معاونت آموزشی، دانشکده (در صورت تخصیص)

بِسْمِ تَعَالَى

اطلاعات سیستم سلاز جامع آموزشی هم آوازی دانشمیان متغذ و کتری شخصی

تاریخ ثبت:

دانشکده پذیرفته شده		شماره انشجویی
رشته پذیرفته شده		نام خانوادگی / نام
تاریخ شروع تحصیل		جنس
سه‌میه ثبت نامی		نام پدر
سه‌میه نهایی		شماره شناسنامه
نیمسال ثبت نام		کد ملی
تاریخ ثبت نام		تاریخ تولد
نوع پذیرش		استان محل تولد
نوع تعهد خدمتی		شهر محل تولد
محل تعهد		محل صدور شناسنامه
محل استخدام / عنوان شغل		دین / مذهب
بورسیه		وضعیت تأهل :
نوع مدرک		تعداد فرزندان
		پروانه دائم پزشکی
		وضعیت نظام وظیفه
		پایان خدمت
		معافیت پزشکی
		نیروی نظامی / انتظامی
		مشمول
		در حال تحصیل
		وضعیت تحصیل
		انتقال از سایر دانشگاهها
		مبهمان از سایر دانشگاهها
		تغییر رشته
		تلفن ثابت :
		تلفن همراه :
		نشانی محل سکونت
		کد پستی:
		E.mail

محل تحصیل مقطع قبل	کاردانی	کارشناسی
رشته		
سال ورود و فراغت از تحصیل		
نوع پذیرش		
معدل کل		
وضعیت انجام طرح		
دانشگاه محل تحصیل		

نام و نام خانوادگی
امضاء و تاریخ
مهر نظام پزشکی