

ح: وابستگی درجیک به خانواده شمید □ مفقودالاث □ اسیر □ نام و نام خانوادگی ایشان.....

نسبت فامیلی شما بوی..... محل شهادت..... اسارات..... مفقود شدن.....

چنانچه مجروح یا جانبازی باشد:..... مجروح □ جانبازی □ درصد جانبازی.....

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید..... بله □ خیر □

خ: مشخصات 2 نفر از افراد مورد اطمینانی که شمارا کلامی شناسند و ترجیحا از افراد شناخته شده باشند و همچون نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
1					
2					

و: نام 2 نفر از اساتید محل تحصیل که شمارا می شناسند ذکر نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی

ر: آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی				
قبلی				

ز: سابقه حکومت کیزی و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشتی دانشگاهها یا هرگونه توجیهی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
1				

چنانچه دارای وابستگی گروهی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید.

ش: شماره تلفن ضروری جهت تماس:

تلفن ثابت با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه بستگان نزدیک:

• اینجانب داوطلب شرکت در آزمون Ph.D سال. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهد گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم..... امضاء.....

این فرم در 2 نسخه تکمیل کرده و بانضمام مدارک ذیل به دبیرخانه هسته تحقیق و نظر دهی تحویل گردد: (1 سه قطعه عکس 2) کپی کامل صفحات شناسنامه (3) کپی کارت پایان خدمت یا معافیت تحصیلی (4) گواهی انجام طرح یا معافیت طرح (برای فارغ التحصیلان رشته های علوم پزشکی) (5) ارائه تسویه حساب اداره رفاه دانشجویان یا نامه موافقت با ادامه تحصیل

آدرس: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ساختمان شماره 2، طبقه دوم