

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه، پزشکی و تخصصی کشور
شناسنامه دکتری تخصصی Ph.D



عنوان	شرح
نام و نام خانوادگی	
نام پدر	
جنس	زن ☐ مرد ☐
شماره شناسنامه	
تاریخ تولد	۱۳ / /
ترم ورود	نیمسال اول ☐ نیمسال دوم ☐
محل صدور	
ملیت	ایرانی ☐ اتباع خارجی ☐
دین	اسلام ☐ غیره ☐
وضعیت تأهل	مجرد ☐ متأهل ☐
تعداد فرزندان	
نوع سکونت	بومی ☐ غیر بومی ☐
کد ملی (تکمیل این بند الزامی است)	
وضعیت نظام وظیفه	
مقطع دوره قبل: پزشکی عمومی ☐ کارشناسی ارشد ☐	
نوع پذیرش در کنکور سراسری	منطقه ۱ ☐ منطقه ۲ ☐ منطقه ۳ ☐ شاهد ☐ ایثارگران ☐ خانواده شهداء ☐ جانبازان ☐ جهاادگران ☐ عشایر ☐ آزادگان ☐ رزمندگان ☐ نهضت سواد آموزی ☐
سال ورود به دوره / دوره های قبلی	
معدل کل دوره قبلی	
تاریخ فراغت از تحصیل به	روز ماه سال
شماره نظام پزشکی	
نام رشته مقاطع قبلی	رشته کاردانی: رشته کارشناسی: رشته کارشناسی ارشد:
محل دانشگاه / دانشگاه های مقاطع قبلی	نام دانشگاه مقطع کاردانی: نام دانشگاه مقطع کارشناسی: نام دانشگاه مقطع کارشناسی ارشد:
آدرس تقریبی دانشگاه های مقاطع قبلی	کاردانی: کارشناسی: کارشناسی ارشد:

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه، پزشکی و تخصصی کشور
دوره دکتری تخصصی (Ph.D)

اطلاعات اولیه دوره دکتری تخصصی (Ph.D)	
رشته قبولی	
نوع پذیرش در دوره دکتری	☐ آزاد ☐ مازاد مناطق محروم ☐ سهمیه رزمندگان و ایثارگران ☐ استعدادهای درخشان ☐ بورسیه نیروهای مسلح ☐
نوع تعهد محضری	☐ تعهد عام ☐ تعهد خاص ☐ اتباع بیگانه
وضعیت طرح نیروی انسانی	☐ انجام داده ام ☐ انجام نداده ام ☐ معاف از طرح
پروانه دائم پزشکی	☐ دارم ☐ ندارم
پروانه مطب	☐ دارم ☐ ندارم
تسویه حساب صندوق رفاه	☐ دارم ☐ ندارم
آیا قبلاً قبول شده اید؟	☐ بله ☐ در صورت بله چه رشته؟ ☐ خیر
آدرس محل سکونت	
کد پستی	
تلفن ثابت (کد شهرستان قید گردد)	
تلفن همراه	
e-mail	

اینجانب

اطلاعات نادرست به عهده اینجانب می باشد .

صحت اطلاعات این فرم را تأیید می نمایم . بدیهی است پیامد هر گونه

تاریخ و امضاء