



فرم شماره ۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

دانشکده پزشکی

فرم ثبت نام دستیاران

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	کد ملی:
محل تولد:	تاریخ تولد:	مذهب:	ملیت:
وضعیت تاهل:	تحصیلات همسر:	شغل همسر:	تعداد فرزندان:
سهمیه قبولی: آزاد <input type="checkbox"/> ایثارگران <input type="checkbox"/> آزادگان جانبازان <input type="checkbox"/> شهدا <input type="checkbox"/> مناطق محروم <input type="checkbox"/> بورسیه: * در صورت قبولی در تکمیل ظرفیت تاریخ ورود در این قسمت ذکر شود			
پذیرفته شده دوره دستیاری:	شماره دستیاری:	نمره قبولی:	تسویه حساب صندوق رفاه: دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>
وضعیت استخدام:	سازمان مربوطه:	شماره نظام پزشکی:	پروانه دائم پزشکی / مطب: دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>
نوع تعهد محضری: تعهد عام <input type="checkbox"/> تعهد خاص <input type="checkbox"/> اتباع خارجی <input type="checkbox"/>			
دانشگاه محل تحصیل پزشکی عمومی:		تاریخ شروع به تحصیل:	تاریخ فراغت از تحصیل:
معدل دوره پزشکی عمومی:		وضعیت طرح پزشکی عمومی: گواهی پایان طرح دارم <input type="checkbox"/> معافیت از طرح دارم <input type="checkbox"/> انجام نداده ام <input type="checkbox"/>	
وضعیت سربازی: گواهی پایان خدمت وظیفه دارم <input type="checkbox"/>		معافیت از سربازی دارم <input type="checkbox"/> انجام نداده ام <input type="checkbox"/>	
عنوان پایان نامه پزشکی عمومی:			
آیا قبلاً دستیار بوده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، نام رشته، دوره و دانشگاه قبولی ذکر شود			
در آزمون جامع علوم پایه: دارای رتبه اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> سوم <input type="checkbox"/> در میان هم ورودی های خودم می باشم.			
جامع پیش کارورزی: دارای رتبه اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> سوم <input type="checkbox"/>			
صلاحیت بالینی: دارای رتبه اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> سوم <input type="checkbox"/>			
دارای رتبه اول <input type="checkbox"/> درالمپیاد علمی <input type="checkbox"/> ورزشی <input type="checkbox"/> و جشنواره های علمی <input type="checkbox"/> فرهنگی <input type="checkbox"/> قرآنی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> می باشم.			
جزو دانشجویان استعدادهای درخشان <input type="checkbox"/> می باشم.			
<input type="checkbox"/> نمونه کشوری			
آدرس:	شماره همراه:	پست الکترونیک:	
	تلفن ثابت:		

اینجانب..... صحت اطلاعات این فرم را تایید می نمایم. بدیهی است پیامد هر گونه اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم.

تاریخ و امضا