



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

فرم مشخصات پذیرفته شدگان دکتری تخصصی (Ph.D)

اطلاعات فردی	
نام خانوادگی :	نام :
کد ملی :	شماره شناسنامه :
نام پدر :	تاریخ تولد : ۱۳ / /
محل تولد :	محل صدور شناسنامه :
کد پستی :	مذهب : تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>
وضعیت اشتغال : غیر شاغل <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> استخدام وزارت بهداشت و یا سازمان های وابسته به این وزارت <input type="checkbox"/> کادر نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> استخدام سایر سازمان های رسمی و دولتی <input type="checkbox"/> یگان یا محل مربوطه:	
وضعیت نظام وظیفه : کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت (دائم، پزشکی، کفالت و...) <input type="checkbox"/> معافیت تحصیلی <input type="checkbox"/> کادر نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> نام نیرو..... تاریخ شروع به کار..... اتباع بیگانه <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	
وضعیت تاهل : مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	تعداد فرزند :
نام و نام خانوادگی همسر :	میزان تحصیلات همسر :
شغل همسر :	محل کار همسر :
آدرس محل سکونت :	
تلفن ثابت (همراه کد شهرستان):	تلفن همراه :
شماره تلفن ضروری :	شماره همراه ضروری:

اطلاعات رشته دکتری تخصصی	
رشته قبولی :	سال شروع مقطع دکتری :
سهمیه قبولی : پذیرش آزاد <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> مازاد - پردیس خودگردان <input type="checkbox"/> اتباع غیر ایرانی <input type="checkbox"/> مازاد - استعداد درخشان (از طریق کنکور) <input type="checkbox"/> مازاد - استعداد درخشان (بدون کنکور) <input type="checkbox"/>	

اطلاعات دوره کارشناسی ارشد	
دانشگاه مقطع کارشناسی ارشد:	رشته کارشناسی ارشد:
تاریخ فراغت از تحصیل کارشناسی ارشد:	معدل کل کارشناسی ارشد:
اطلاعات دوره کارشناسی	
دانشگاه مقطع کارشناسی:	رشته کارشناسی: پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته <input type="checkbox"/>
سال ورود کارشناسی :	تاریخ فراغت از تحصیل :
سهمیه قبولی کارشناسی:	معدل کل کارشناسی:
وضعیت انجام نیروی انسانی: مشمول طرح نیستم <input type="checkbox"/> انجام داده ام <input type="checkbox"/> انجام نداده ام <input type="checkbox"/> معاف از طرح <input type="checkbox"/> مشغول طرح: حداکثر تا تاریخ ۶/۳۱/..... به اتمام خواهد رسید <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>	
وضعیت صندوق رفاه دانشجویی:	
تسویه حساب صندوق رفاه <input type="checkbox"/> مجوز مشروط (در حال پرداخت اقساط - بدون قسط معوقه) <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>	

باسمه تعالی

«تعهدنامه»

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام و احترام

اینجانب فرزند به شماره ملی پذیرفته شده
آزمون دکتری تخصصی این دانشگاه در رشته دارای نمونه امضای مندرج در کادر ذیل
به موارد ذیل متعهد می شوم؛

۱- مفاد کامل دستورالعمل راهنمای ثبت نام دکتری تخصصی در خصوص ضوابط و مقررات تعیین نقص عضو موثر
حرفه ای در رشته مربوطه را به طور دقیق مطالعه نموده ام. بنابراین

دارای سابقه بیماری نمی باشم

دارای سابقه بیماری می باشم

۲- رعایت کلیه مقررات، شئون اسلامی و آئین نامه های انضباطی دانشگاه را بنمایم و در صورت تخلف مطابق با قانون
و مقررات با من رفتار گردد.

۳- طبق برنامه ای که مدیر محترم گروه مربوطه تعیین نماید انجام وظیفه نمایم و در صورت تخلف، دانشگاه
می تواند برابر ضوابط و مقررات اقدام نماید.

۴- در صورت مغایرت مدارک ارسالی با اصل، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه حق هر گونه
اعتراض را از خود سلب می نمایم. همچنین تائید این فرم به منزله تائید صحت کلیه مندرجات فرم های تکمیل شده
ثبت نامی می باشد.

امضاء پذیرفته شده دکتری تخصصی