

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني كاشان

دانشكده پزشكي

**فرم درخواست شرکت در آزمون جامع دکتری تخصصی(Ph.D)**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**معاون محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی علوم پایه دانشکده پزشکی**

با سلام و احترام

بدینوسیله به اطلاع میرساند اینجانب .......................................به شماره دانشجویی..........................................دانشجوی دوره دکتری تخصصی ( Ph.D ) رشته ................................................ با توجه به اتمام دوره آموزشی دارای شرایط شرکت در آزمون جامع طبق مستندات زیر می باشم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم مبذول گردد.

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**تاریخ و امضاء**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **این قسمت توسط دانشجو امضاء وتکمیل و به تایید کارشناس تحصیلات تکمیلی رسانده شود.** | | | | |
| **ردیف** | **شرایط** | | | **تائیدیه نهایی توسط کارشناس تحصیلات تکمیلی** |
| 1 | قبولی درکلیه دروس مرحله آموزشی و ثبت نمرات در کارنامه تحصیلی | | |  |
| 2 | داشتن معدل کل 15 برای دروس مرحله آموزشی | | |  |
| 3 | نمره آزمون زبان انگلیسی (مطابق با مصوبات هفتاد و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی) | | | |
| نام آزمون زبان\* | | نمره کسب شده | تاییدیه نهایی |
|  | |  |  |
| **این قسمت توسط مدیر گروه آموزشی امضاء و تأیید می گردد.** | | | | |
| **4** | | دفاع از پروپوزال رساله دانشجو درگروه آموزشی | |  |
| **5** | | نمره ارزیابی مستمر  (کسب حداقل 5/1 نمره از ارزیابی مستمر) | |  |

بدینوسیله اعلام می گردد با توجه به بررسی های به عمل آمده از لحاظ رعایت مقررات دوره آموزشی، ضمن تایید موارد فوق الذکر شرکت دانشجو.................................................................................در آزمون جامع در نیمسال.....................سال تحصیلی ................... بلامانع است.

**نام و نام خانوادگی مدیرتحصیلات تکمیلی**

**تاریخ و امضاء**

**حد نصاب آزمونهای زیان:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IELTS(Academic)=6 | TOLIMo=515 | TOEFL(iBT)=72 | MSRT=60 | MHLE=60 |

رونوشت: مدیرمحترم گروه آموزشی – جهت استحضار

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

آدرس: کاشان،کیلومتر5 جاده کاشان راوند، دانشکده پزشکی کد پستی: ٨۷١٥٩۷٣٤۷٤ تلفن: 55589444 (031)