

دانشکده آموزش پزشکی و فناوری های یادگیری



اسکدہ آموزش پزشکی و فناوری های یادگیری
 اسکاچ علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مشخصات دوره	نوع دوره:	نوع سهمیه :		نیمسال ثبت نام :	
	روزانه ☐ الکترونیکی ☐ پردیس خودگردان ☐	عادی ☐ شاهد/ایثارگر ☐ هیات علمی ☐ استعداد درخشان ☐			
مشخصات فردی	نام و نام خانوادگی :		First name & Last name:		
	شماره شناسنامه:		کد ملی:		
	استان محل تولد:	شهر محل تولد:	تاریخ تولد : روز ماه سال		
	محل صدور شناسنامه :	جنسیت:	دین :	مذهب:	
	وضعیت تاهل:	نام پدر:	قومیت:	تابعیت:	
	نظام وظیفه :پایان خدمت ☐ مشمول - معافیت تحصیلی/ تاریخ اتمام معافیت..... ☐ معافیت پزشکی ☐				
سوابق تحصیلی	محل اخذ مدرک تحصیلی مقطع کاردانی:		محل اخذ مدرک تحصیلی کارشناسی:		
	سال دریافت مدرک تحصیلی:		سال دریافت مدرک تحصیلی:		
	رشته :		رشته :		
	محل اخذ مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد:		محل اخذ مدرک تحصیلی دکترای عمومی:		
سال دریافت مدرک تحصیلی:		سال دریافت مدرک تحصیلی:			
رشته :		رشته :			
محل اخذ مدرک تحصیلی دکترای تخصصی:		محل اخذ مدرک تحصیلی دکترای تخصصی:			
سال دریافت مدرک تحصیلی:		سال دریافت مدرک تحصیلی:			
رشته :		رشته :			
وضعیت اشتغال	آدرس محل کار:		تلفن محل کار:		
	هیات علمی : ☐ بلی ☐ خیر ☐ مرتبه علمی: نام دانشگاه محل خدمت :				
آدرس و تلفن	آدرس محل سکونت :				
	کد پستی:		شماره تلفن همراه :		
	تلفن ضروری:		پست الکترونیکی:		

امضاء دانشجو: