

در این قسمت چیزی ننویسید

فرم شماره یک برگ درخواست شرکت در آزمون فراگیران بهورزی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

محل الصاق عکس

۱- نام خانوادگی :		۲- نام :	
۳- نام پدر :		۴- جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
۵- تاریخ تولد : روز		۶- محل تولد: استان : شهرستان : بخش : روستا:	
۷- شماره شناسنامه :		۸- کد ملی :	
۹- محل صدور شناسنامه :		۱۰- دین : مذهب :	
۱۱- وضعیت تأهل : ۱- متأهل <input type="checkbox"/> ۲- مجرد <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/>		۱۲- تعداد فرزند:	
۱۳- وضعیت نظام وظیفه :			
۱- دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> (مدت خدمت ضرورت ماه..... سال.....) ۲- دارای معافیت قانونی دائم <input type="checkbox"/>			
۱۴- وضعیت ایثارگری :			
۱- فرزند شهید <input type="checkbox"/>			
۲- خواهر/ برادر شهید <input type="checkbox"/>			
۳- جانباز			
۴- فرزند/همسر جانباز <input type="checkbox"/>			
۵- فرزند رزمنده <input type="checkbox"/>			
۶- فرزند آزاده <input type="checkbox"/>			
درصد جانبازی: درصد			
درصد جانبازی: درصد			
مدت حضور در جبهه : روز ماه سال			
مدت اسارت : روز ماه سال			
۱۵- سایر موارد ۱- سهمیه آزاد <input type="checkbox"/> ۲- معلولین عادی <input type="checkbox"/> ۳- قانون جوانی و جمعیت <input type="checkbox"/>			
۴- مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مدت خدمت روز ماه سال)			
۱۶- آخرین مدرک تحصیلی : دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی/کارشناسی <input type="checkbox"/>			
۱۷- رشته تحصیلی :		گرایش تحصیلی : معدل :	
۱۸- دانشگاه محل تحصیل :		استان محل تحصیل :	
۱۹- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی: / /		۲۰- محل اخذ مدرک:	
۲۱- محل جغرافیایی مورد تقاضا		۲۲- داوطلب چپ دست <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۳- محل جغرافیایی انجام طرح برای مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان که در حین انجام تعهدات قانونی هستند. محل خدمت			
۲۴- نشانی کامل : محل سکونت : استان شهرستان بخش روستا..... خیابان کوچه پلاک کد پستی شماره تلفن ثابت..... کد شهر..... شماره تلفن همراه			
۲۵- شماره تلفن برای تماس ضروری :			
اینجانب متقاضی شرکت در آزمون پذیرش بهورز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود ، متن آگهی مربوطه را با دقت و به طور کامل مطالعه و سپس تقاضای فوق را تکمیل نموده ام و مسئولیت صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم . در صورت اثبات خلاف اظهارات اینجانب در هر مقطع زمانی هر گونه حقی را از خود سلب می نمایم .			
۲۶- تاریخ تنظیم فرم : ۱۴۰۲/ /		امضاء و اثر انگشت متقاضی	