



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی بیرجند

معاونت آموزشی

فرم مخصوص متقاضیان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد ویژه استعدادهای درخشان بدون آزمون ورودی

آیین نامه تسهیل ادامه تحصیل دانشجویان ممتاز و استعداد درخشان - واجدین شرایط بند ب - ۵ ماده ۲ سال ۱۴۰۰

اینجانب به شماره دانشجویی بدین وسیله تقاضای خود را برای (استفاده/عدم

استفاده) از سهمیه بدون آزمون سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تقدیم میدارم.

نام و نام خانوادگی:

کد ملی:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

تاریخ فارغ التحصیلی:

رشته تحصیلی مقطع کارشناسی:

شماره دانشجویی:

دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی:

دوره (روزانه - شبانه):

ورودی (مهر - بهمن):

کارشناسی (پیوسته - ناپیوسته):

معدل:

رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد:

شماره تلفن همراه:

شماره کارت ورود به جلسه:

کد رهگیری:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی بیرجند

معاونت آموزشی

ردیف	موضوع	عنوان /رتبه /محل /مشخصات /توضیحات
۱	معدل کل و رتبه در رشته ورودی	
۲	المپیاد علمی دانش آموزی	سال: رتبه کشوری:
۳	المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی	سال: رتبه کشوری:
۴	جشنواره رازی و خوارزمی	سال: رتبه کشوری:
۵	ابداع یا اختراع ثبت شده	عنوان اختراع: شماره ثبت:
۶	طرح های تحقیقاتی پایان یافته	عنوان: مجری یا همکار:
۷	چاپ مقاله	عنوان: رتبه در نویسندگان:
۸	تألیف کتاب در زمینه علوم پزشکی	عنوان: رتبه مؤلف:
۹	ارائه خلاصه مقاله در کنگره ها	عنوان: عنوان کنگره/محل/سال برگزاری:
۱۰	مشارکت آموزشی-پژوهشی	نوع مشارکت:
۱۱	برگزیدگان مسابقات قرآنی، ادبی و	عنوان مسابقه: رتبه/محل و سال برگزاری:

*در هر یک از بندهای فوق اگر امتیازی ندارید (ندارم) ذکر نمایید و در صورت وجود مستندات هر کدام باید ارائه گردد.

امضاء

نام و نام خانوادگی: