



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
معاونت آموزشی

بسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

با سلام؛

اینجانب

پذیرفته شده رشته

مقطع

دانش آموخته مقطع

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد

متعهد می گردم با مراجعه به سامانه estelam.iau.ir

نسبت به درخواست صدور تأییدیه تحصیلی به عنوان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
در اسرع وقت اقدام نمایم و تأییدیه تحصیلی صادر شده را به واحد آموزش این
دانشگاه تحویل نمایم.

*ضمناً پیگیری ارسال تأییدیه تحصیلی در پرونده تحصیلی بعهدہ شخص دانشجو می باشد.

امضاء و تاریخ

اثر انگشت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

مدیر محترم امور آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی

سلام علیکم

احتراماً نظر به اینکه خانم/ آقای فرزند دارنده شناسنامه شماره متولد سال دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد آن دانشگاه در مقطع دکترای تخصصی (ph.D)، در رشته این دانشگاه پذیرفته شده است. لذا خواهشمند است دستور فرمائید موارد ذیل را جهت تکمیل پرونده آموزشی نامبرده، به این مدیریت ارسال نمایند. قبلاً از همکاری آن دانشگاه محترم سپاسگزاری می-گردد.

۱- ریزنمرات تأیید شده دوره دکترای عمومی و گواهی فراغت از تحصیل با ذکر تاریخ دقیق فراغت از تحصیل به روز - ماه - سال

۲- مدت بهره مندی از آموزش رایگان

۳- سهمیه ثبت نامی در کنکور دوره دکترای عمومی

۴- میزان بدهی بابت وام تحصیلی، مسکن، کمک هزینه تحصیلی و یا هرگونه بدهی وی در طی تحصیل

۵- در صورت داشتن تعهد خاص مورد آن ذکر شود.

مدیر آموزش دانشگاه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مدارک مورد نیاز پذیرش دانشجویان تحصیلات تکمیلی

ردیف	مدارک	دارد	ندارد	توضیحات
۱.	فرم‌های ثبت نامی			
۲.	تاییدیه سامانه احراز هویت			
۳.	عکس ۳*۴			
۴.	اصل گواهینامه مقطع قبلی			
۵.	ریزنمرات مقطع قبلی			
۶.	تاییدیه صلاحیت بالینی (ویژه دستیاران)			
۷.	گواهی دال بر بومی بودن (ویژه دانشجویان سهمیه مناطق محروم)			
۸.	تسویه حساب صندوق رفاه			
۹.	وضعیت نظام وظیفه			
۱۰.	وضعیت طرح نیروی انسانی			
۱۱.	موافقت با ادامه تحصیل (ویژه کارکنان)			
۱۲.	سند تعهد محضری (ویژه دانشجویان PhD و دستیاری)			
۱۳.	تاییدیه صلاحیت عمومی			
۱۴.	تاییدیه تحصیلی مقطع قبلی			

مشخصات دانشجویان دکتری تخصصی (PhD)



شماره دانشجویی			
نام و نام خانوادگی		نام پدر	
تاریخ تولد	/ /	شماره شناسنامه	محل صدور
نوع دوره		نیمسال ورود	رشته
مقطع		کد ملی	پزشکی
دین		مذهب	شیعه ☐ اهل سنت ☐
ملیت		جنس	زن ☐ مرد ☐ تعداد فرزندان
وضعیت تاهل:		متاهل ☐ مجرد ☐	استان تولد
وضعیت پروانه دائم		دارد ☐ ندارد ☐	شهر تولد
نظام وظیفه			بخش تولد
تلفن ثابت			تلفن همراه
آدرس دائم			
آدرس موقت			
دانشگاه محل تحصیل قبلی	رشته مقطع قبلی		
سال ورود به دوره قبلی			
سال فراغت از تحصیل	/ /	معدل کل	
شماره نظام پزشکی	آدرس الکترونیک		
عنوان شغل	قومیت : فارس ☐ کرد ☐ لر ☐ ترک ☐ عرب ☐ لک ☐ مازنی ☐ بلوچ ☐ ترکمن ☐ غیره.....		
نوع سکونت :	همراه والدین ☐ منزل شخصی دارم ☐ همراه اقوام اقامت دارم ☐ دارای منزل اجاره ای هستم ☐ قبلاً ساکن خوابگاه بوده ام ☐ متقاضی خوابگاه هستم ☐ از خانه سازمانی استفاده می کنیم. ☐		
وضعیت انجام طرح نیروی انسانی	انجام نداده ام ☐ انجام داده ام ☐ پروانه مطب ☐ پروانه دائم ☐ معاف از طرح ☐		
دانشگاه پذیرفته شده	سال شروع دوره PhD		
دوره قبولی PhD	رشته		
سهامیه			
کشور			
محل تعهد	سهامیه خانمها		
نوع تعهد خدمتی	mph را گذرانده		
محل استخدام رسمی			
عنوان شغل			

تاریخ ثبت نام

امضاء دانشجو

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان آزمون Ph.D سال گروه پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تاریخ آزمون
رشته های انتخابی : ۱ - ۲ -
دانشگاه محل تحصیل : رشته تحصیلی : سال ورود و سال فراغت از تحصیل :
تذکر ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.
تذکر ۲: قسمتهائی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.
نام خانوادگی نام
شماره شناسنامه نام پدر تاریخ و محل تولد
دین مذهب وضعیت تاهل
وضعیت خدمت وظیفه تابعیت نام و نام خانوادگی قبلی
نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر
شغل و محل کار همسر
شغل پدر شغل مادر
آدرس محل زندگی والدین

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای نظامی انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید:
داوطلب Ph.D : آزاد ☐ مستقیم ☐ ده درصد

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال:

نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال

آزمونهای قبلی (نتایج دو دوره آخر):

محل آزمون		
نتیجه آزمون علمی		
نتیجه گزینش عمومی		

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
فعالیت فعلی					
طرح خارج از مرکز					

۱ - دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی می بایست نام واحد دانشگاهی خود را نیز مشخص فرمایند. واحد دانشگاهی

۲ - به جز الصاق عکس ارائه ۲ قطعه عکس دیگر الزامی است .

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				
۳				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید ☐ مفقودالثر ☐ اسیر ☐ نام و نام خانوادگی ایشان ☐ نسبت فامیلی شما باوی محل (شهادت / اسارت / مفقود شدن) زمان چنانچه مجروح یا جانباز میباشید : مجروح ☐ جانباز ☐ نوع آسیب دیدگی ☐ زمان و محل وقوع :

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید: بله ☐ خیر ☐
 مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که باشما آشنائی نزدیک داشته باشند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند . به ترتیب ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنائی	نحوه آشنائی	آدرس و تلفن

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود.

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت
فعلی				
قبلی				

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشائی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن ضروری جهت تماس

اینجانب

پذیرفته شده آزمون Ph.D سال

دانشگاه علوم پزشکی

این فرم را در تاریخ

صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات

خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت .

امضاء