

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک - واحد تحصیلات تکمیلی

فرم ثبت نام مقطع Ph.D سال تحصیلی ۹۸-۹۹

دانشجوی گرامی خواهشمند است این فرم را با دقت و بدون کسری تکمیل فرمایید.

(۱) نام

(۲) نام خانوادگی

(۳) نام پدر (۴) تاریخ دقیق تولد .. (۵) استان محل تولد..... (۶) شهرستان

محل تولد (۷) شماره شناسنامه (۸) محل صدور..... (۹) ملیت

..... (۱۰) دین (۱۱) مذهب وضعیت تاهل..... (۱۲)

تعداد فرزندان (۱۳) کد ملی.....

(۱۴) وضعیت نظام وظیفه

کارت پایان خدمت..... کارت پایان خدمت پیش از دکتری کارت پایان خدمت پس از

دکتری..... کارت معافیت دائم پزشکی..... کارت معافیت دائم کفالت..... کارت معافیت دائم

موقت..... معافیت تحصیلی..... کادر نیروی نظامی..... اتباع بیگانه سایر موارد.....

(۱۵) سال ورود به مقطع قبلی

(۱۶) دانشگاه محل تحصیل مقطع قبلی.....

(۱۷) تاریخ دقیق فراغت از تحصیل مقطع قبلی.....

(۱۸) معدل.....

(۱۹) وضعیت طرح نیروی انسانی : انجام داده ام انجام نداده ام..... معاف..... سایر

موارد.....

(۲۰) تسویه حساب صندوق رفاه :

دارم ندارم..... سایر.....

..... (۲۱) وضعیت استخدام :

..... نوع موافقت ارگان محل خدمت

..... (۲۲) سال پذیرش مقطع دکتری

..... (۲۳) نوع پذیرش (سهمیه):

..... آزاد..... ایثارگری: رزمنده..... جانباز..... آزاده..... خانواده شهدا.....

..... (۲۴) آدرس محل سکونت

..... (۲۵) آدرس پست الکترونیکی

..... (۲۶) شماره تلفن ثابت و همراه

..... (۲۷) تاریخ اخذ مدرک زبان

توضیحات :

خدمات ماشینی دانشگاه : اطلاعات وارد سیستم گردید.

تاریخ تکمیل امضا پذیرفته شده

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک - واحد تحصیلات تکمیلی

فرم اخذ تعهد مقطع Ph.D سال تحصیلی ۹۸-۹۹

اینجانب پذیرفته شده آزمون Ph.D سال ... در رشته متعهد می گردم :

۱- راهنمای ثبت نام شرکت در آزمون را با دقت مطالعه نموده ام و با داشتن شرایط لازم در این آزمون شرکت نموده ام

۲- در حال حاضر و تا انتهای دوره Ph.D در هیچیک از موسسات آموزشی سراسر کشور هیچگونه اشتغالی در دوره دکتری و یا دستیاری تخصصی نداشته و نخواهم داشت.

۳- پذیرفته شده نهایی آزمون سال ۹۷ (ثبت نام نشده یا عدم مراجعه) و یا دانشجوی انصرافی دوره Ph.D سال ۹۷ نمی باشم.

۴- مخصوص اتباع :

اینجانب دارای مدرک دکتری تخصصی PH.D از قبل : ☐ می باشم : ☐ نمی باشم : ☐

۵- موافقت نامه بدون قید و شرط ارگان محل استخدام با ادامه تحصیل:

الف) اینجانب کارمند رسمی : نمی باشم : می باشم و

۱- الف) ماموریت آموزشی : استفاده می کنم نمی کنم : ☐

۲- ب) از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنم : نمی کنم : ☐

ج) عضو هیأت علمی (مربی) رسمی دانشگاه علوم پزشکی : نمی باشم : می باشم

و موافقت نامه بدون قید و شرط از بالاترین مقام مسئول اداری دانشگاه اخذ نموده ام .

در صورت احراز عدم صحت موارد فوق ، دانشگاه مختار است با اینجانب برابر مقررات برخورد نماید.

تاریخ تکمیل فرم و امضا پذیرفته شده