

فرم تعهد شماره ۱

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره
از ساکن (نشانی کامل) که در
آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته سال تحصیلی وزارت بهداشت درمان و
آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیروابسته به وزارت
بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف
آن ثابت شود قبولی کان لم یکن تلقی می شود.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی

فرم تعهد شماره ۲

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره
از ساکن (نشانی کامل) که با
هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته مقطع از تاریخ
..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده ام ضمن
عقد خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده
ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم
و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف هستم در طول تحصیل به طور
تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مود تأیید وزارت مذکور
نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می
باشد استکفاف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت
درمان و آموزش پزشکی به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت پردازم و چنانچه نشانی
خود که در تعهدنامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اختاریه ها و
ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهدنامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء متعهد:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی



فرم تعهد عدم گذراندن طرح نیروی انسانی هم زمان با تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد

اینجانب..... به شماره دانشجویی پذیرفته شده
نیمسال اول - دوم سال تحصیلی - مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته
دانشگاه علوم پزشکی کردستان با آگاهی از مفاد دفترچه راهنمای آزمون و بر اساس اعلام دبیرخانه
شورای عالی برنامه ریزی اعلام می دارم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه مشغول
به گذراندن طرح نیروی انسانی هم زمان با تحصیل نمی باشم و در غیر اینصورت دانشگاه می تواند
طبق مقررات از ادامه تحصیل اینجانب ممانعت نماید.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

فرم شماره ۴

فرم تعهد عدم اشتغال به کار دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد

اینجانب شماره دانشجویی پذیرفته شده نیمسال اول سال

تحصیلی - مقطع کارشناسی ارشد رشته دانشگاه علوم پزشکی کرمان با

آگاهی از مفاد آیین نامه آموزشی مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته مصوبه جلسه ۴۳ شورای عالی برنامه ریزی

علوم پزشکی مورخ ۸۹/۵/۱۸ مبنی بر اینکه تحصیل در مقاطع کارشناسی ارشد ناپیوسته تمام وقت می باشد و

هرگونه اشتغال غیر از تحصیل برای دانشجو ممنوع است. اعلام می دارم که در زمان ثبت نام و در طول

تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه ای اشتغال به کار ندارم و در صورت اشتغال به کار،

دانشگاه می تواند طبق مقررات از ادامه تحصیل اینجانب ممانعت نماید.

نام و نام خانوادگی

امضاء

طرح تعیین کد مرکزی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاههای سراسر کشور) سال تحصیلی

نیمسال اول نیمسال دوم

دانشجوی عزیز: اگر به هر دلیلی فرم را تکمیل نموده و دارای کد مرکزی دانشجویی نباشید فارغ التحصیل نخواهید شد.

مشخصات دانشجو:	نام پدر:	نام خانوادگی:	ش: ش:	کد ملی:
نام:	نام خانوادگی:	شهرستان:	بخش:	تاریخ تولد: ۱۳ / /
محل صدور: استان:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	کفیل فرزندان	
شماره دانشجویی	تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>	دین:	مذهب:	

دانشکده:	رشته تحصیلی:	گرایش:
مقطع تحصیلی: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> تخصص <input type="checkbox"/>	نوع مقطع تحصیلی: پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته <input type="checkbox"/>	
سال تحصیلی ثبت نام:	نیمسال اول	نیمسال دوم
سال شروع به تحصیل:	نیمسال اول	نیمسال دوم
دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>		
نوع پذیرش: کنکور سراسری <input type="checkbox"/> کنکور اختصاصی <input type="checkbox"/> منتقله از خارج <input type="checkbox"/>		
معدل آخرین مدرک تحصیلی:		

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت: تکفل <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> خ شهدا <input type="checkbox"/> تحصیلی <input type="checkbox"/> پرسنل رسمی ارتش/سپاه/نیروی انتظامی <input type="checkbox"/>	
نوع بورسیه: وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> ارتش <input type="checkbox"/> سپاه <input type="checkbox"/> آموزش و پرورش <input type="checkbox"/> دانشگاه شاهد <input type="checkbox"/>	
نوع سهمیه ثبت نامی:	
مقطع پیوسته: منطقه ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> جانبازان <input type="checkbox"/> خ شهدا <input type="checkbox"/> شاهد <input type="checkbox"/> عشایر <input type="checkbox"/> آزادگان <input type="checkbox"/>	
مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.	
۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند	
فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪ <input type="checkbox"/> کارکنان مناطق محروم ۱۰٪ <input type="checkbox"/> رزمندگان ۲۰٪ <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>	
نوع سهمیه قبولی:	
مقطع پیوسته: منطقه ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> جانبازان <input type="checkbox"/> خ شهدا <input type="checkbox"/> شاهد <input type="checkbox"/> عشایر <input type="checkbox"/> آزادگان <input type="checkbox"/>	
مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کاردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.	
۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند	
فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪ <input type="checkbox"/> کارکنان مناطق محروم ۱۰٪ <input type="checkbox"/> رزمندگان ۲۰٪ <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>	
آخرین مدرک تحصیلی دانشگاهی: رشته	دانشگاه
آیا شهریه می پردازید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/> غیربومی <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه هستم <input type="checkbox"/> متقاضی خوابگاه نیستم <input type="checkbox"/>	

شماره تلفن:
امضاء دانشجو:

آدرس منزل دانشجو:
تاریخ تکمیل فرم:
نام و امضاء مسئول کنترل فرم:
نام و امضاء اپراتور آموزشی:

(مشخصات دانشجو)

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	دارای شماره شناسنامه:
تاریخ تولد:		محل صدور:	
(مشخصات مقاطع قبلی)			
<input type="radio"/> کارشناسی پیوسته رشته تحصیلی: دانشگاه محل تحصیل: تاریخ فراغت از تحصیل: دانشنامه و ریز نمرات:	<input type="radio"/> کارشناسی نا پیوسته رشته تحصیلی: دانشگاه محل تحصیل: تاریخ فراغت از تحصیل: دانشنامه و ریز نمرات:	<input type="radio"/> کاردانی رشته تحصیلی: دانشگاه محل تحصیل: تاریخ فراغت از تحصیل: دانشنامه و ریز نمرات:	
وضعیت اشتغال به کار: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر		موافقت از محل کار: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
نوع استخدام:			
(وضعیت خدمت طرح نیروی انسانی)			
<input type="radio"/> انجام شده <input type="radio"/> معاف از طرح <input type="radio"/> ترخیص از طرح <input type="radio"/> دانشجوی ترم آخر <input type="radio"/> مشمول قانون طرح نیستم			
(وضعیت خدمت نظام وظیفه)			
<input type="radio"/> پایان خدمت <input type="radio"/> معاف دائم <input type="radio"/> معاف موقت معتبر <input type="radio"/> معافیت تحصیلی			
آدرس محل سکونت دائمی دانشجو:			
شماره تلفن ضروری:			
اینجانب با مشخصات فوق مسئولیت صحت مراتب ذکر شده را بعهده گرفته و متعهد می شوم که کلیه مقررات آموزشی دانشگاه را در طول تحصیل رعایت نمایم. در غیر اینصورت تابع تصمیمات دانشگاه خواهم بود.			
امضاء		تاریخ:	

مشخصات فردی:

صفحه ۱

کد فرم: ۱۰۰

کد یا شماره ملی:	تاریخ تولد:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
نام:	محل تولد:	نام خانوادگی قبلی:
نام خانوادگی:	محل صدور شناسنامه:	در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:
نام پدر:	دین: اسلام <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/>	
ش.ش:	مذهب در دین اسلام: تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>	

شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجو:

پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت:	کد پستی محل سکونت:
تلفن ثابت محل سکونت:	نشانی دقیق محل سکونت:
تلفن همراه:	

وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:

وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/>	آیا شاغل هستید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تعداد فرزندان:	در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمایید.
وضعیت نظام وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/>	آدرس محل کار در صورت اشتغال:
انجام نداده <input type="checkbox"/>	
معاف از خدمت <input type="checkbox"/>	

وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

شماره دانشجویی:	سال ورود به دانشگاه:
تاریخ ثبت نام:	نیمه تحصیلی سال: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/>
نام رشته:	مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/>
نام دانشکده:	کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>

وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی

عنوان مدرک:	استان محل اخذ:	نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی:
سال اخذ مدرک:	شهر محل اخذ:	تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:
آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:		

چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					

تلفن همراه	تلفن ثابت	پیش شماره تلفن ثابت	نشانی محل کار یا سکونت	کد پستی محل کار یا سکونت	شغل	میزان تحصیلات	در قید حیات یا فوت شده	نسبت با دانشجو	نام پدر	نام و نام خانوادگی	ردیف

لطفا در کادر زیر چیزی ننویسید:

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل

صحت کلیه مطالب مندرج را تایید می نمایم

اینجانب



انستیتوت مرکزی بهداشت و خدمات بهداشتی دانشگاه تهران

فرم گزینش ۱

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجو

عکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد سال

تاریخ آزمون: رشته پذیرفته شده: دانشگاه پذیرفته شده:

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی: رشته تحصیلی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل کارشناسی (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری):

تذکر: ۱- چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۲- مدارکی که باید پیوست شود: ۲ قطعه عکس، ۱ سری تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳- قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص کنید.

۴- کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی و نظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی: تاریخ تولد: محل صدور:

دین: مذهب: وضعیت تأهل: وضعیت خدمت و وظیفه:

تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی: نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

شغل پدر: شغل مادر: شغل محل کار همسر: شغل خانوادگی همسر:

شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

متقاضی استفاده از سهمیه:

آزاد ۵۰٪ مناطق محروم ۱۰٪ رزمندگان و ایثارگران کارکنان وزارت بهداشت مرییان هیأت علمی

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت میهمانی یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت

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 مفقودالاثرب آزاده نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید درصد آنرا بنویسید: مجروح جانباز درصد جانبازی:

مشخصات ۴ نفر افراد مورد اعتمادی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس

تلفن ثابت داوطلب با کد شهرستان:
تلفن همراه داوطلب:
تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک:

اینجانب:..... داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال دانشگاه علوم پزشکی کردستان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء

فرم اخذ تعهد از دانشجویان شهریه پرداز (مازاد)

اینجانب..... فرزند..... صادره از.....
ساکن..... که در آزمون کارشناسی ارشد/دکتری تخصصی رشته.....
سال تحصیلی..... پذیرفته شده ام متعهد می گردم با آگاهی کامل از شرایط و
ضوابط پذیرش دانشجو در سهمیه مازاد با اخذ شهریه شرکت کرده، همچنین تمکن مالی
جهت ثبت نام در دانشگاه را دارا می باشم و آمادگی خود را نسبت به پرداخت شهریه مصوب
هیئت امنای دانشگاه و دستورالعمل های وزارت متبوع تایید می نمایم.

تاریخ و امضاء