دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل (سال تحصیلی۹۹-۹۸)

معاونت آموزشی

فرم مشخصات دستیاران

عنوان	شرح
نام ونام خانوادگی	
نام پدر	
شماره شناسنامه	
کد ملی	
تاریخ تولد	/ / ۱۳
محل صدور	
ملیت	
دین	
مذهب	
وضعیت تاهل	مجرد ☐ متاهل ☐
تعداد فرزندان	
محل سکونت	
اطلاعات مقطع پزشکی عمومی	
نوع پذیرش در کنکور سراسری	منطقه ۱ منطقه ۲ منطقه ۳ خانواده شهداء ایثارگران
سال ورود	
تاریخ فراغت	روز ماه سال
معدل کل	
نام دانشگاه	
شماره نظام پزشکی	
اطلاعات مقطع دستیاری	
سال ورود به دوره دستیاری	
نمره قبولی در آزمون دستیاری	
رشته قبولی	
سهمیه قبولی	
محل تعهد	
سایر اطلاعات	
وضعیت نظام وظیفه	
وضعیت خدمات قانونی	
محل استخدام	

آدرس محل سکونت دستیار	
کد پستی	
تلفن ثابت (کد شهرستان قید شود)	
تلفن همراه	
آدرس پست الکترونیک	

اینجانب صحت اطلاعات این فرم را تائید می نمایم . بدیهی است پیامد هر گونه اطلاعات نادرست به عهده اینجانب می باشد.

تاریخ وامضاء دستیار