

<p>فرم متقاضیان استفاده از آئین نامه تسهیل ادامه تحصیل دانشجویان ممتاز و استعداد درخشان به مقاطع بالاتر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (کارشناسی ارشد ۱۴۰۱)</p>	
نام و نام خانوادگی	
نام پدر	
شماره شناسنامه	
کد ملی	
شماره دانشجویی	
سال ورودی	
نیمسال ورودی (مهر/ بهمن)	
کارشناسی (پیوسته/ ناپیوسته)	
رشته کارشناسی	
دانشکده	
تاریخ فراغت از تحصیل	
معدل (کارشناسی پیوسته تا پایان ترم ۷/ کارشناسی ناپیوسته تا پایان ترم ۳)	
شماره تماس	
نوع استفاده از سهمیه	<input type="checkbox"/> بدون آزمون <input type="checkbox"/> با آزمون <input type="checkbox"/> هر دو

رشته محل های انتخابی داوطلبان بدون آزمون (فقط در یک رشته تحصیلی)

قابل توجه داوطلبان گرامی؛ لطفا به همراه فرم تکمیل شده فوق که حتما با امضا و اثر انگشت داوطلب تایید گردیده است (فرم مذکور بدون تایید و امضاء داوطلب فاقد اعتبار می باشد) مدارک زیر ارسال گردد:

الف - کلیه متقاضیان استفاده از سهمیه (با آزمون و بدون آزمون)؛ کپی از کارت ملی

ب - متقاضیان استفاده از سهمیه بدون آزمون؛ مدارک و مستندات مربوط به جدول امتیازبندی دانشجویان کارشناسی جهت استفاده از سهمیه بدون آزمون استعداد درخشان

امضاء داوطلب:

اثر انگشت داوطلب: