

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بم
معاونت فرهنگی دانشجویی
مدیریت امور دانشجویی

مشخصات فردی و خانوادگی : نام و نام خانوادگی :

نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی..... تاریخ تولد :/...../.....

محل صدور شناسنامه: سریال شناسنامه..... چندمین فرزند خانواده

هستید؟ تعداد اعضاء خانواده شما چند نفر است؟ شماره دانشجویی:

..... رشته تحصیلی..... : مقطع تحصیلی..... : ورودی:

..... دین : مذهب : ملیت : قومیت : فارس کرد ترک عرب لر سایر

وضعیت نظام وظیفه: معافیت تکفل: معافیت تحصیلی : معافیت پزشکی : کارت پایان خدمت: () شاهد و ایثارگر: رزمندگان : کارمندی: بورسیه : ۳ : ۲ : (سهمیه ثبت نام

مناطق) نوع بورسیه:..... نام اداره یا سازمان:..... سایر موارد) ذکر کنید(..... شماره تلفن همراه دانشجو :..... شماره تلفن همراه والدین دانشجو : پدر:..... مادر:..... آدرس کامل خانواده: استان.....

..... شهرستان..... آدرس محل سکونت:

.....

تلفن منزل :.....

سکونت خانواده: ملکی رهنی استیجاری سازمانی آدرس پست الکترونیک :..... وضعیت تاهل: مجرد متاهل در

بودن تکمیل شود: نام و نام خانوادگی همسر:..... شغل همسر:..... میزان تحصیلات همسر:..... تعداد فرزند: تاریخ ازدواج :...../...../..... شماره تلفن همراه همسر:..... شماره تلفن منزل همسر:..... میزان درآمد همسر در ماه:

..... ریال

امضای دانشجوی محترم

امضاء ولی محترم دانشجو

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بجم
 معاونت فرهنگی دانشجویی
 مدیریت امور دانشجویی

مشخصات اعضای خانواده محترم دانشجو (پدر، مادر، خواهر، برادر) ۱

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	تحصیلات	شغل	آدرس، محل سکونت و شماره تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

میزان درآمد پدر در ماهریال اگر پدر شما فوت شده سرپرست خانواده شما چه کسی است؟ نام و نام خانوادگی سرپرست: نسبت با دانشجو: تلفن همراه سرپرست دانشجو: چنانچه از بستگان شما کسانی شهید، مفقود الاثر، آزاده یا جانباز می باشند جدول ذیل را تکمیل نمایید:

مفقود توضیحات جانباز آزاده شهید نسبت نام ردیف و نام خانوادگی

۱

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شهید	آزاده	جانباز	مفقود	توضیحات
۱							
۲							
۳							

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بم
معاونت فرهنگی دانشجویی
مدیریت امور دانشجویی

تحت پوشش نهاد حمایتی هستید؟ خیر بلی کمیته امداد بهزیستی سایر با ذکر نام :

امضاء دانشجوی محترم

امضاء ولی محترم دانشجو

اطلاعات مربوط به خوابگاه دانشجویی

مشخصات افراد مجاز به ملاقات با دانشجو (پدر، مادر، خواهر، برادر، و غیره)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	تحصیلات	شغل	آدرس محل سکونت و شماره تلفن منزل و همراه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

در صورتیکه از خویشاوندان شما در شهرستان بم زندگی میکنند فرزند شما اجازه رفتن به منزل آنها را دارد مشخصات، آدرس و تلفن آن را در جدول ذیل یا داشت نمایید

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بجم
معاونت فرهنگی دانشجویی
مدیریت امور دانشجویی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	آدرس دقیق و تلفن منزل و همراه
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			

امضاء دانشجوی محترم

امضاء ولی محترم دانشجو

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بجم
معاونت فرهنگی دانشجویی
مدیریت امور دانشجویی

در صورتیکه از خویشاوندان شما در شهرهای مجاور شهرستان بجم زندگی میکنند و فرزند شما اجازه رفتن به منزل آنها را دارد مشخصات،
آدرس و تلفن آن را در جدول ذیل یادداشت نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	آدرس دقیق و تلفن منزل و همراه
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			

آیا شما یا فرزند شما بدون مسئولیت دانشگاه جهت زیارت به صورت فردی به مشهد مقدس سفر نماید؟
بله
خیر
اینجانب ضمن گواهی صحت اطلاعات مندرج در فرم فوق متعهد می شوم کلیه آیین نامه های مربوط به خوابگاه،
تغذیه و را که در سایت معاونت فرهنگی دانشجویی دانشگاه، مدیریت دانشجویی و مدیریت فرهنگی بارگزاری شده است را مطالعه و در طول تحصیل
در این دانشگاه به آن عمل نمایم

امضاء دانشجوی محترم

امضاء ولی محترم دانشجو

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بزم
معاونت فرهنگی دانشجویی
مدیریت امور دانشجویی

سوابق پزشکی دانشجوی

گروه خونی : قد : وزن :

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نماید			
۲	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
۳	آیا سابقه بستری در بیمارستان را دارید؟			
۴	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟			
۵	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟			
۶	آیا داروی خاصی مصرف میکنید؟			
۷	آیا سابقه غیبت از درس به دلیل بیماری بیش از ۳ روز را دارید؟			

اگر بیماری خاصی دارید یا تحت درمان هستید آن را نام برده ونحوه مراقبت در صورت بروز مشکل را توضیح دهید:

.....
.....

اگر داروی خاصی مصرف می کنید ضمن ذکر دارو نحوه مصرف آن را شرح دهید:

.....

امضاء دانشجوی محترم

امضاء ولی محترم دانشجوی