 

دانشگاه علوم پزشکی زابل

شورای پذیرش دانشجویان خارجی

**زابل، خیابان شهید رجایی مجتمع آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل ، ساختمان معاونت آموزشی، دبیرخانه**

 **اموربین الملل پذیرش دانشجویان خارجی،صندوق پستی 9861615881**

**تلفن:32232206- 054**

**دور نگار:32232206-054**

**Email:keshtegar.m.ravabet@gmail.com**

**پرسشنامه درخواست پذیرش دانشجوی خارجی در دانشگاه علوم پزشکی زابل**

ا**لف ) مشخصات فردی:**

|  |
| --- |
| **1.نام:** |
| **2.نام خانوادگی:** |
| **3.نام پدر:** |
| **4.شماره شناسنامه :** |
| **5.تاریخ تولد( روز/ ماه/ سال):** |
| **6.محل تولد(شهر/ کشور)** |
| **8.تابعیت:** | **7.ملیت:** |
|  **مونث:** | **10.جنس: مذکر** | **9.دین:** |
| **11. وضعیت تاهل: مجرد** **متاهل تعداد فرزندان:**  |
| **12. مشخصات گذرنامه:****شماره گذرنامه :** **تاریخ صدور:** **تاریخ انقضاء:****محل صدور(شهر/کشور):** |

**ب)سابقه تحصیلی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کشور** | **شهر** | **نام سازمان** | **معدل** | **تاریخ پایان**  | **تاریخ شروع** | **رشته تحصیلی** | **نوع مدرک** |
|  |  |  |  |  |  |  | **دیپلم** |
|  |  |  |  |  |  |  | **کارشناسی** |
|  |  |  |  |  |  |  | **کارشناسی ارشد** |

ج**) آیا در حال حاضر مشغول به تحصیل می باشید.؟ خیر بلی**

 **در صورتی که پاسخ شما مثبت است جدول زیر را پرکنید:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ تقریبی پایان** | **تاریخ شروع** | **مقطع تحصیلی** | **نام ونشانی محل تحصیل** | **رشته تحصیلی** |
|  |  |  |  |  |

**د)رشته تحصیلی و مقطع مورد تقاضای ( به ترتیب اولویت):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نیمسال تحصیلی مورد نظر** | **رشته تحصیلی مورد تقاضا**  | **ردیف** |
|  |  | **1** |
|  |  | **2** |
|  |  | **3** |

**5)محل تامین شهریه:**

**بورسیه درآمد شخصی**

* **رونوشت تاییدیه بورسیه مورد تایید سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور فرد متقاضی ضروری است**

**و) میزان آشنایی با زبان (های) خارجی:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مکالمه** | **نوشتن** | **خواندن** | **زبان خارجی** |
| **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **پارسی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **انگلیسی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **عربی** |
| **سایر زبانها** |

**ز) فهرست مقالات ویا کتب منتشر شده:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ نشر** | **محل نشر** | **نام ناشر** | **نام ومشخصات کتاب ویا مقاله (به زبان تدوین شده)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ح) آدرس و شماره تلفن متقاضی**:

**شهر: استان : کشور:**

**خیابان : شماره: کدپستی:**

**تلفن: همراه:**

 **آدرس و شماره تلفن بستگان و یا دوستان شما در ایران که در صورت ضرورت بتوان با آنها تماس گرفت:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **آدرس** | **شماره تماس** | **نسبت** | **نام ونام خانوادگی** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**اینجانب بااطلاع کامل از اینکه تکمیل این پرسشنامه به منزله پذیرش در دانشگاه علوم پزشکی زابل نمی باشد،تعهد می نمایم که کلیه اطلاعات را بطور کامل ،دقیق و صحیح نوشته و در صورت پذیرش در دانشگاه علوم پزشکی زابل کلیه مقررات و آئین نامه های مربوط را رعایت کنم.**

**نام متقاضی:**

**امضاء متقاضی:**

**تاریخ:**