****

**دانشگاه علوم پزشکی گناباد**

 **کمیته پذیرش دانشجویان خارجی**

**استان خراسان رضوی - گناباد - حاشیه جاده آسیایی - معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد**

**دبیرخانه کمیته پذیرش دانشجویان خارجی**

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

**الف( مشخصات فردی:**

|  |
| --- |
| **1-نام:** |
| **2- نام خانوادگی:** |
| **3-نام پدر:** |
| **4-شماره شناسنامه:** |
| **5-تاریخ تولد ( روز/ماه/سال):** |
| **6-محل تولد (شهر/کشور):** |
| **7-ملیت:** | **8-تابعیت:** |
| **9-دین (اسلام): شیعه○ سنی○** | **10- سایر ادیان** (لطفا مشخص کنید): |
| **11-جنس:** **مذکر○ مونث○** |
| **12- وضعیت تأهل: مجرد○**  **متأهل○ تعداد فرزندان:** |
| **13- مشخصات گذر نامه:****شماره گذرنامه:****تاریخ صدور: تاریخ انقضاء:****محل صدور (شهر/کشور):** |

**ب) سابقه تحصیلی:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع مدرک** | **رشته تحصیلی** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** | **معدل** | **نام سازمان** | **شهر** | **کشور** |
| 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 پر کنید:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رشته تحصيلي** | **نام و نشاني محل تحصيل** | **مقطع تحصيلي** | **تاریخ شروع** | **تاریخ تقریبي پایان** |
|  |  |  |  |  |

**د) محل تامین شهریه:**

**بورسیه○ درآمد شخصی ○**

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

**است.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **زبان** | **خواندن** | **نوشتن** | **مکالمه** |
| **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** | **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** | **خوب** | **متوسط** | **ضعیف** |
| **فارسی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **انگلیسی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **عربی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** زبان ها (ذکر کنید): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**و) آدرس و شماره تلفن های متقاضی :**

**کشور: استان/ایالت : شهر : خيابان : شماره : کدپستي : تلفن ثابت: همراه** : **ایمیل:**

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

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

**ح) مشخصات بستگان درجه یک شما که در صورت ضرورت بتوان با آنها تماس گرفت :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نسبت(پدر/مادر/همسر/ فرزند/برادر/خواهر)** | **شغل** | **شماره تماس** | **آدرس** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

**\*برای اضافه نمودن افراد (فرزند، برادر یا خواهر) می توانید ردیف های جدول را افزایش دهید.**

**ط) لطفا رشته مورد تقاضای خود را از جدول زیر انتخاب کرده و در کادر پایین جدول بنویسید.**

|  |  |
| --- | --- |
| **کارشناسی** | **علوم تغذیه، علوم آزمایشگاهی، مامایی، هوشبری، اتاق عمل، هوشبری، تغذیه، ناپیوسته هوشبری، ناپیوسته اتاق عمل، پرتو شناسی، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، پرستاری، ناپیوسته فوریت های پزشکی، بهداشت خانواده، مهندسی بهداشت محیط، مهندسی بهداشت حرفه ای، بهداشت عمومی، ناپیوسته بهداشت عمومی، ناپیوسته بهداشت محیط**  |
| **کارشناسی ارشد** | **مامایی (آموزش مامایی)، مامایی (بهداشت باروری)، پرستاری مراقبت های ویژه، پرستاری داخلی- جراحی، پرستاری سلامت جامعه، پرستاری سالمندی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بهداشت محیط – بهداشت مواد غذایی - سلامت سالمندی**  |
| **دکتری**  | **دکتری پزشکی (MD)** |
| **دکتری پژوهش محور**  | **(PhD by Research) آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بهداشت محیط**  |

|  |
| --- |
| رشته انتخابی:  |

**اینجانب با اطلاع از اینكه تكميل این پرسشنامه به منزله پذیرش در دانشگاه علوم پزشكي گناباد نمي باشد، تعهد مي نمایم که کليه اطلاعات را بطور کامل، دقيق و صحيح نوشته و در صورت پذیرش در دانشگاه علوم پزشكي گنابادکليه مقررات و آئين نامه هاي مربوط را رعایت کنم.**

**نام و نام خانوادگی متقاضی : امضاء متقاضی :**

 **تاریخ:**

**معرف: موسسه یاران**