

بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....

فرم شماره ۱

فرم مخصوص داوطلب دانشجوی نیمسال آخر متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی

از : دانشگاه

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای شماره شناسنامه متولد سال:
خانم کدملی

فرزند متقاضی شرکت در آزمون دوره دکتری تخصصی و پژوهشی رشته..... حداکثر تا تاریخ

۱۴۰۴/۱۰/۳۰ در دوره کارشناسی ارشد رشته گرایش فارغ التحصیل خواهد شد.
دکتری حرفه ای

تعداد واحدهای گذارنده نامبرده تا کنون و معدل کل واحدهای گذرانده می‌باشد.

این گواهی صرفاً جهت اطلاع آن مرکز صادر گردیده و فاقد هر گونه اعتبار دیگر و ارزش ترجمه می باشد.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه

بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....

فرم شماره ۲

فرم مخصوص اعضای هیئت علمی مربی رسمی متقاضی شرکت در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

به : مرکز سنجش آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
از.....

بدینوسیله اعلام می‌دارد آقای..... به شماره شناسنامه..... متولد سال..... فرزند.....
خانم.....
..... با مشخصات زیر متقاضی شرکت در آزمون دوره دکتری تخصصی و پژوهشی رشته‌ی..... عضو هیأت
علمی مربی رسمی/آزمایشی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی..... می باشد.

۱- نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه:

۲- رشته امتحانی: کد ملی:

۳- رشته مقطع کارشناسی ارشد یا دکتری حرفه‌ای : دانشگاه محل تحصیل :

سال ورود : سال فراغت از تحصیل: معدل:

۴- محل خدمت کنونی (دانشگاه علوم پزشکی) تاریخ شروع:

۵- در صورتیکه متعهد خدمت به وزارتخانه، سازمان یا مرکزی بوده و یا در حال حاضر تعهد خود را می‌گذارید

نام سازمان یا مرکز مورد تعهد ذکر نمایید : مدت تعهد : تاریخ شروع تعهد : تاریخ خاتمه:

۶- آیا خدمات قانونی پزشکان و پیراپزشکان را گذرانیده اید ؟

محل خدمت : تاریخ شروع : تاریخ خاتمه:

۷- بدینوسیله گواهی می‌شود خانم / آقای

نوع رابطه استخدامی	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
الف : رسمی قطعی ب: رسمی آزمایشی		

محل امضاء و مهر بالاترین مقام مسئول صادر کننده حکم کارگزینی

بسمه تعالی

شماره.....

تاریخ.....

فرم شماره ۳

مخصوص داوطلبان متقاضی استفاده از آئین نامه تسهیل ادامه تحصیل دانشجویان استعداد درخشان به مقاطع بالاتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی Ph.D (سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵)
به : مرکز سنجش آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
از دانشگاه علوم پزشکی

با سلام و احترام

بدینوسیله خانم / آقای فارغ التحصیل دوره روزانه/شبانه با شماره تلفن و با مشخصات زیر جهت استفاده از آئین نامه استعدادهای درخشان در آزمون دکتری تخصصی و پژوهشی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵ معرفی می‌گردد . ضمناً مدارک به شرح زیر پیوست می‌باشد.

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	سال فارغ التحصیلی	رشته تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل	دارا بودن شرایط ماده ۳	دارا بودن شرایط ماده ۴	توضیحات

مدارک پیوست مربوط به احراز شرایط :

ماده ۳ :

ماده ۴:

در صورت مغایرت هریک از موارد فوق با مفاد آئین نامه تسهیل ادامه تحصیل دانشجویان استعداد درخشان به مقاطع بالاتر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت عواقب بعدی به عهده دانشگاه و خود داوطلب خواهد بود .

تذکر: برای استفاده از بند ط آیین نامه (۱۰٪ برتر فارغ التحصیلان) لازم است تعداد فارغ التحصیلان هر دوره حداقل ۵ نفر باشد.

محل مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه