



باسمه تعالی
پزشخانه ها و مطبآن میگاری یا
دانشگاه آراژان ائلاو و ائلاو طوور ائلاو

همکاری در قسمت :

خواهشمند است این پرسشنامه را بطور دقیق و خوانا، شخصاً تکمیل فرمایید.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی :

نام :

تاریخ تولد :

شماره شناسنامه :

نام پدر :

محل تولد :

محل صدور :

نام مستعار :

نام خانوادگی قبلی :

تابعیت :

مذهب :

دین :

محل خدمت سربازی :

وضعیت نظام وظیفه : خدمت کرده: تاریخ پایان خدمت :

معافیت : تحصیلی دائم پزشکی مشغول خدمت

وضعیت تأهل : مجرد متأهل تعداد فرزندان :

نام و نام خانوادگی همسر :

تاریخ تولد :

شماره شناسنامه :

نام پدر :

محل تولد :

محل صدور :

نام مستعار :

نام خانوادگی قبلی :

تابعیت :

مذهب :

دین :

نشانی محل کار همسر (در صورت اشتغال) :

تلفن :

نشانی محل سکونت (قبلی) :

تلفن :

زمان سکونت :

نشانی محل سکونت (فعلی) :

تلفن :

زمان سکونت :

((در صورت تغییر نشانی محل سکونت یا محل کار نشانی جدید را بلافاصله به اطلاع دانشگاه برسانید))

سوابق تحصیلات دانشگاهی و خوزوی و یا دوره‌هایی که گذرانده‌اید

مقطع تحصیلی	رشته	کشور محل تحصیل	شهر محل تحصیل	محل تحصیل	تاریخ شروع	تاریخ پایان
پیش‌دانشگاهی						
دیپلم						
کارشناسی						
کارشناسی ارشد						
دوره‌های تخصصی دیگر						
خوزوی						

مشاغل و یا فعالیتهای ده سال اخیر خود را در جدول ذیل مرقوم فرمائید:

نام محل کار	مسئولیت	از تاریخ	تا تاریخ	آدرس	تلفن

مشخصات چهار نفر از افرادی که شناخت جامعی نسبت به شما داشته باشند را در جدول ذیل مرقوم فرمائید (از بستگان سی و نسی نباشند)

نام و نام خانوادگی	نوع رابطه	مدت آشنائی	شغل	آدرس محل کار یا سکونت	تلفن

با در نظر گرفتن سمت شمال و خیابان اصلی و فرعی، کروکی محل سکونت فعلی و قبلی خود را ترسیم کنید:

↑

نام و نشانی شخصی که بتوان در مواقع اضطراری توسط او با شما تماس گرفت را در جدول ذیل قید فرمائید.

نام و نام خانوادگی	نشانی کامل	تلفن

اینجانب با صداقت و دقت به سؤالات این پرسشنامه پاسخ گفته‌ام و نسبت به آن خود را مسئول و متعهد می‌دانم و تکمیل این فرم هیچگونه حقی برای استخدام اینجانب ایجاد نمی‌کند.

امضاء داوطلب:

تاریخ تکمیل فرم: