



دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

فرم اطلاعات فردی دانشجویان تحصیلات تکمیلی

دانشجوی عزیز لطفا اطلاعات درج شده در این پرسشنامه را با دقت تکمیل نمایید. این اطلاعات به صورت محرمانه نزد استاد مشاور محترم شما محفوظ می باشد.

نام و نام خانوادگی: رشته: مقطع:

شماره دانشجویی: تاریخ تولد: تابعیت:

شماره شناسنامه: کد ملی: مذهب:

وضعیت تاهل: مجرد متاهل مطلقه تعداد فرزندان:

فرزند چندم خانواده: تعداد برادران و خواهران:

نوع سهمیه قبول شده: رتبه کشوری:

سابقه انصراف یا تغییر رشته: (اگر پاسخ شما مثبت است لطفا رشته و وضعیت دقیق را به صورت مختصر بنویسید)

آدرس و محل سکونت:

شماره تماس والدین (همراه و ثابت)

شماره تلفن همراه دانشجو: ایمیل:

سوابق تحصیلی دانشگاهی:

ردیف	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	معدل / رتبه	دانشگاه محل تحصیل	کشور محل تحصیل	تاریخ شروع	تاریخ پایان

