

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی و امور دانشگاهی

مرکز امور دانشجویی

فرم مشخصات بورسیه های اعزامی به خارج از کشور

محل الصاق

عکس

نام و نام خانوادگی:			نام:			
نام پدر	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی قبلی	نام مستعار	مذهب
وضعیت تاهل	نام و نام خانوادگی همسر	شغل همسر	تعداد فرزندان	وضعیت استخدامی	عنوان پست سازمانی	
هدف از مسافرت	کشور مقصد	تاریخ شروع	مدت اقامت			
نحوه تامین هزینه ها	شماره و نوع گذرنامه	تاریخ صدور گذرنامه	تاریخ آخرین سفر خارج از کشور			

آخرین مدرک تحصیلی - رشته - سال - و محل اخذ آن:

--

نشانی دقیق محل کار و تلفن:

نشانی دقیق محل سکونت و تلفن:

--	--

آدرس و شماره تلفن یکی از آشنایان در تهران که در مواقع لزوم بتوان با ایشان تماس حاصل نمود.

--

اینجانب..... متعهد می گردم که تاریخ مراجعه از سفر را اطلاع دهم و گزارش ماموریت را به اداره کل بورسیه دانشجویان و دانش آموزان خارج از کشور تحویل نمایم.

امضاء - تاریخ - مهر نظام پزشکی

--

مشخصات و اطلاعات مربوط به دانشجو :

الف) مشخصات فردی دانشجو :

- ۱- نام :
۲- نام خانوادگی :
۳- نام پدر :
۴- شماره شناسنامه :
۵- تاریخ و محل تولد :
۶- وضعیت نظام وظیفه :
۷- وضعیت استخدامی
رسمی ☐ قطعی ☐ رسمی آزمایشی ☐ پیمانی ☐ سایر موارد ☐ نام ببرید :
۸- وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐ ۹- تعداد فرزند :
۱۰- نشانی و تلفن :
۱۱- نشانی پست الکترونیک :

ب) وضعیت تحصیلی دانشجو :

- ۱۲- بورسیه دانشگاه های تحت پوشش وزارت بهداشت هستم. بلی ☐ خیر ☐
در صورت پاسخ مثبت نام محل تعهد را ذکر نمایید :
۱۳- بورسیه سایر دستگاه های اجرایی هستم. بلی ☐ خیر ☐
در صورت پاسخ مثبت نام محل تعهد را ذکر نمایید :
۱۴- دانشگاه محل تحصیل :
۱۵- دانشگاه / دستگاه محل خدمت :
۱۶- رشته تحصیلی :
۱۷- گرایش تحصیلی :
۱۸- تاریخ شروع تحصیل :
۱۹- تاریخ برگزاری امتحان جامع :
۲۰- تاریخ مدت مجاز تحصیل :
۲۱- تاریخ تمدید سنوات تحصیلی :

۲۲- نمره امتحان MCHE آزمون ورودی دوره :

۲۳- نظریه مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده در خصوص کسب حد نصاب نمره برای استفاده از دوره تکمیلی ۶ ماه

نام و نام خانوادگی :

امضاء و تاریخ :

الف) مشخصات پذیرش تحصیلی در دوره های تکمیلی ۶ ماهه :

۲۴- نام دانشگاه یا مرکز تحقیقاتی پذیرنده :

۲۵- دپارتمان آموزشی دانشگاه پذیرنده :

۲۶- کشور :

۲۷- طول مدت انجام تحقیق

۲۸- تاریخ شروع دوره :

۲۹- عنوان پایان نامه یا پروژه تحقیقاتی :

۳۰- میزان پیشرفت رساله (به درصد بیان شود) :

۳۱- تکنیک هایی که در دانشگاه پذیرنده به دانشجو آموزش داده می شود :

۳۲- نام، سمت و آدرس پست الکترونیکی استاد راهنمای خارجی دانشگاه پذیرنده :

۳۳- آیا همگنی پذیرش ارائه شده با موضوع پایان نامه مورد تأیید است؟

۳۴- آیا امکان آموزش تکنیک های مطرح شده در بند ۳۱ در کشور وجود ندارد؟

استاد راهنمای پایان نامه

صحت مندرجات فوق مورد تأیید اینجانب

تاریخ و امضاء :

می باشد.

تاریخ و امضاء :

مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده:

د- معاونت آموزشی دانشگاه :

۳۵- پذیرش / دعوت نامه از دانشگاه یا موسسه فوق مربوط به دانشجو مورد تأیید است.

۳۶- دانشجو شرایط لازم را براساس آیین نامه مربوط به استفاده از دوره های تکمیلی ۶ ماهه دارد.

مهر و امضاء معاونت آموزشی دانشگاه :

۳۷- نظریه دبیرخانه شورای آموزشی علوم پایه / دندانپزشکی / داروسازی :

۳۸- نظریه شورای اجرایی بورس :