

فرم سیستم مدیریت آموزشی (سما)
{ دانشجویان تحصیلات تکمیلی }

فرم اداره تحصیلات تکمیلی + واحد آمار و فدمات ماشینی

رشته قبولی در دانشگاه : دانشکده : سال قبولی :		نام و نام خانوادگی : جنس : زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام پدر : شماره شناسنامه : محل صدور : استان : شهر : وستا : کد ملی : تاریخ تولد : / / ۱۳ ملیت : دین : اسلام <input type="checkbox"/> سایر مذهب : شیعه <input type="checkbox"/> سنی <input type="checkbox"/> سایر آدرس الکترونیک : تلفن همراه : تلفن منزل : آدرس : وضعیت تأهل : مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> تعداد فرزند : شماره نظام پزشکی :	
مقطع قبولی : کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> فوق تخصص <input type="checkbox"/> تخصص <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> فلوشیپ <input type="checkbox"/>	نوع دوره : روزانه <input type="checkbox"/> ظرفیت مازاد <input type="checkbox"/>	اطلاعات تحصیلی مقطع قبلی : نام دانشگاه محل تحصیل قبلی : رشته تحصیلی قبلی : تاریخ شروع به تحصیل مقطع قبلی : / / ۱۳ تاریخ فراغت از تحصیل مقطع قبلی : / / ۱۳	
سهمیه قبولی : وضعیت نظام وظیفه : پایان خدمت <input type="checkbox"/> مشمول سربازی <input type="checkbox"/> معاف پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت کفالت داریم <input type="checkbox"/> سایر موارد (نام ببرید) :	وضعیت طرح نیروی انسانی : پایان طرح <input type="checkbox"/> معاف از طرح <input type="checkbox"/> در حال انجام طرح <input type="checkbox"/>	آیا مشغول بکار می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آدرس و تلفن محل کار :	
وضعیت استخدام :		اینجانب بدینوسیله متعهد می شوم در صورت کمبود یا نقص مدارک ارائه شده حداکثر تا پایان مهر ماه نسبت به تکمیل آنها اقدام نمایم، در غیر اینصورت عواقب ناشی از آن برعهده اینجانب خواهد بود.	
تاریخ و امضاء دانشجو / دستیار			