دانشگاه علوم پزشکی وخدمات
بهداشتی،درمانی تهران

فرم تقاضای عضویت در سامانه مجازی ارتباط با دانش آموختگان
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

با سلام و احترام، از اینکه به نکات زیر توجه می کنید متشکریم:

۱- لطفاً در نوشتن آدرس پست الکترونیکی خود نهایت دقت را مبذول فرمایید زیرا کلمه عبور، برای ورود به سامانه از این طریق برای شما ارسال می شود و مسئولیت امنیت آن به عهده دانش آموخته خواهد بود.

۲- آدرس و کدپستی جهت ارسال مدرک تحصیلی شماست، لذا خواهشمندیم در تکمیل آن دقت لازم را رعایت فرمایید.

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

شهر محل تولد:	**استان محل تولد:**
شهر محل صدور:	**استان محل صدور:**

شماره شناسنامه:

کد ملی:

(جهت اتباع خارجی شماره گذرنامه):

جنسیت: زن ☐ مرد ☐

رشته تحصیلی: **مقطع تحصیلی:** **دوره تحصیلی :**

سال ورود: **سال فراغت:**

شماره دانشجویی:

آدرس محل سکونت:

استان: **شهر:** **خیابان اصلی:** **خیابان فرعی:**

کوچه: **مجتمع /ساختمان/بلوک:** **پلاک:** **زنگ:**

کدپستی: **کد تلفن شهرستان:**

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

آدرس ایمیل (پست الکترونیکی):

این فرم توسط خود متقاضی ☐/ وکیل متقاضی ☐تکمیل گردیده است. امضاء: