



فرم شماره ۱

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

محل الصاق عکس

فرم مشخصات داوطلب

نام: نام خانوادگی: نام پدر: کدملی: محل صدور:
تاریخ تولد: محل تولد: نمره تراز آزمون کتبی مرحله اول:
نوع رشته کاردانی: دانشگاه محل تحصیل: شهر محل تحصیل: سال ورود:
سال فارغ التحصیلی: معدل کل دوره کاردانی: نوع سهمیه: وضعیت نظام وظیفه:

- ۱- گواهینامه رانندگی پایه ۲: دارم ندارم
- ۲- آیا سابقه کار در پایگاه های اورژانس دارید؟ بلی خیر اگر بلی چند سال؟ چندماه؟
- ۳- نام دو نفر از دوستان زمان تحصیل در دانشگاه:
نام و نام خانوادگی: رشته: شماره تماس: آدرس:
نام و نام خانوادگی: رشته: شماره تماس: آدرس:
- ۴- نام دو نفر از اساتید دوران تحصیل در دانشگاه:
نام و نام خانوادگی: شماره تماس: آدرس:
نام و نام خانوادگی: شماره تماس: آدرس:
- ۵- آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید؟ بلی خیر
در صورت پاسخ مثبت نوع بیماری را ذکر نمایید:
- ۶- آیا نقص عضو خاصی دارید؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن نوع نقص عضو را ذکر نمایید:
محدودیت هایی که نقص عضو برایتان دارد ذکر نمایید:
- ۷- آیا سابقه بستری در بیمارستان را دارید؟ بلی خیر
در صورت پاسخ مثبت علت آن را ذکر نمایید:
- ۸- آیا سابقه اعتیاد به مواد خاصی را دارید؟ بلی خیر
در صورت پاسخ مثبت نوع ماده و مدت آن را ذکر نمایید:
آدرس کامل پستی:
تلفن تماس:

اینجانب داوطلب دوره کارشناسی ناپیوسته فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی، شخصاً این فرم را تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات آن را به عهده گرفته و در صورت اشتباه یا اظهار خلاف یا فقدان هر یک از شرایط فوق در هر مرحله، از جمله ثبت نام و یا در هر مرحله از دوره تحصیلی باعث محرومیت اینجانب از ثبت نام و یا ادامه تحصیل خواهد شد.

نام و نام خانوادگی و امضاء داوطلب: تاریخ: