



به نام خدا

فرم شماره ۱

پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار

دانشکده:	رشته تحصیلی:	سال و ماه ورودی:
شماره دانشجویی:	تاریخ تولد: / / ۱۳	تلفن همراه:
Email:		

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه:

محل تولد: استان: جنس: مرد زن

مذهب: ملیت: وضعیت تاهل: تعداد فرزندان:

تعداد برادران و خواهران:

فرزند چندم خانواده:

شماره تلفن:

تلفن های ضروری: ۱- ۲-

کد شهرستان: محل تحصیل: معدل دیپلم:

سال پایان دوره پیش دانشگاهی: منطقه ۱ ۲ ۳

نوع سهمیه قبول شده: رتبه کشوری: رتبه منطقه ای:

سابقه انصراف یا تغییر رشته: