..............تاریخ

**د**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان/ دانشکده پزشکی**

**پرسشنامه اطلاعات دانشجو** ( الزام تکمیل توسط همه دانشجویان استاد مشاور جهت درج در پرونده)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **محل تولد:** | **تاریخ تولد:** | **کد ملی:** | **نام و نام خانوادگی:** |
| **سال ورود به دانشگاه** | **شماره دانشجوئی:** | **مقطع تحصیلی:** | **رشته تحصیلی:** |
| **وضعیت نظام****وظیفه:** | **شهر محل اسکان خانواده:** | **تعداد فرزندان (در صورت تاهل)** | **وضعیت تاهل:** |
|  **معدل دیپلم** | **گروه آزمایشی آزمون سراسری:** | **رشته تحصیلی متوسطه:** |
| **آدرس محل سکونت دانشجو:** |
|  **شماره تلفن دانشجو ثابت: همراه: ایمیل:** |
| وضعیت سلامتی دانشجو : |
| سابقه بیماری یا مصرف دارو: |
| حوادث مهم و تاثیر گذار در زندگی شما دانشجوی عزیز: |
| **موضوعات مورد علاقه در زندگی:** | **ورزش مورد علاقه:** |
| **وضعیت سکونت فعلی: بومی🖵 خوابگاه دولتی🖵 خوابگاه خصوصی🖵 منزل استیجاری 🖵** | **وضعیت اشتغال دانشجو:****شاغل بلی🖵 خیر🖵** |
| فعالیت های اوقات فراغت: |
| سهمیه قبولی کنکور**: آزاد🖵 ایثارگر 5 🖵% ایثارگر 🖵%25 خانواده شهید 🖵** |
| **................................: مذهب دین** |
| نام و نام خانوادگی پدر: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:نام و نام خانوادگی مادر: سن: شغل: تحصیلات: محل کار: **فرزند چندم خانواده: تعداد برادر و خواهر:**نام و نام خانوادگی صمیمی ترین دوست و شماره تلفن: |
| آدرس ، شماره تلفن ثابت و تلفن همراه سرپرست خانواده : |
| **آینده خود را در 5 سال پیش رو چگونه می بینید؟**  |
| میزان علاقه به رشته تحصیلی: میزان شناخت از رشته تحصیلی: |
| **\*\*\*لازم به ذکر است که اطلاعات شخصی شما دانشجوی عزیز، نزد استاد مشاور شما محرمانه خواهد ماند.**  |