

"بسمه تعالی"

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

معاونت آموزشی

دفتر استعدادهای درخشان

فرم (شماره 2) متقاضیان **عدم** استفاده از سهمیه استعدادهای درخشان آزمون کارشناسی به کارشناسی ارشد .....

	* نام
	* نام خانوادگی
	* نام پدر
	* شماره شناسنامه
	* کد ملی
	* رشته تحصیلی مقطع کارشناسی
	* کد ورودی دوره کارشناسی
	* دوره
	روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>
	* ورودی
	مهر <input type="checkbox"/> بهمن <input type="checkbox"/>
	* مقطع
	کارشناسی پیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/>
	* تاریخ فراغت از تحصیل
	* معدل (7 ترم برای پیوسته و 3 ترم برای ناپیوسته)
	اعشار..... صحیح.....
	* معدل (8 ترم برای پیوسته و 4 ترم برای ناپیوسته)
	اعشار..... صحیح.....
	* معدل فراغت از تحصیل
	اعشار..... صحیح.....
	* رتبه
	* تعداد دانشجویان هم رشته و هم ورودی
	* شماره تلفن ثابت
	* شماره تلفن همراه در دسترس
	* شما قصد <b>عدم</b> استفاده از کدام سهمیه استعداد درخشان دارید؟
	سهمیه یک درصد بدون آزمون <input type="checkbox"/> با آزمون <input type="checkbox"/>
	سهمیه ده درصد <input type="checkbox"/>
	هیچ کدام <input type="checkbox"/>
	* دلیل عدم استفاده از سهمیه
	* از کدام سهمیه استعداد درخشان در دوره‌های قبلی استفاده کرده‌اید؟
	سهمیه یک درصد بدون آزمون <input type="checkbox"/> با آزمون <input type="checkbox"/>
	سهمیه ده درصد <input type="checkbox"/>
	هیچ کدام <input type="checkbox"/>

اینجانب..... با شماره دانشجویی..... صحت اطلاعات فوق را تایید کرده و متقاضی استفاده از سهمیه استعدادهای

درخشان ورودی برای کنکور کارشناسی ارشد ..... می باشم.

تاریخ، امضا و اثر انگشت  
دانشجو

تاریخ، امضا و مهر  
کارشناس رشته تحصیلی