

فرم شماره یک - صفحه پنج

فرم مشخصات فردی متقاضیان رشته فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی

این فرم توسط متقاضی تکمیل می‌گردد.

دانشگاه/ دانشکده/ موسسه محل پذیرش: تاریخ:
☐ متقاضی کاردانی ☐ متقاضی کارشناسی پیوسته

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی:
محل صدور: محل تولد: شماره تماس ضروری:
وضعیت نظام وظیفه:

۱. گواهینامه رانندگی پایه دوم: ☐ دارم ☐ ندارم.

۲. آیا سابقه کار در پایگاه‌های اورژانس دارید؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر بلی چند سال؟ چند ماه؟ (بند ۲ به تأیید و مهر اورژانس برسد)

۳. نام دو نفر از دوستان زمان تحصیل:

نام و نام خانوادگی: رشته: شماره تلفن: آدرس:
نام و نام خانوادگی: رشته: شماره تلفن: آدرس:

۴. نام دو نفر از اساتید دوران تحصیل:

نام و نام خانوادگی: شماره تلفن: آدرس:
نام و نام خانوادگی: شماره تلفن: آدرس:

۵. آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورت پاسخ مثبت، نوع بیماری را ذکر کنید:

۶. آیا نقص عضو خاصی دارید؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورت مثبت بودن، نوع نقص عضو را ذکر نمایید:
محدودیت‌هایی 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 ثابت: (کد) تلفن همراه:

اینجانب متقاضی دوره کاردانی/ کارشناسی فوریت‌های پزشکی، شخصاً این فرم را تکمیل نموده و مسئول

صحت مندرجات آن می‌باشم.

نام و نام خانوادگی و امضا متقاضی: