

بسمه تعالی  
دانشکده پزشکی بابل  
فرم مشخصات فردی دانشجویی

\*\*\*\*\*

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
محل صدور:	کد ملی:	تاریخ تولد:	
تاریخ اخذ دیپلم:	معدل کل دیپلم:		
رتبه کنکور سراسری:	منطقه:	درصد زبان کنکور سراسری:	
وضعیت تاهل:	وضعیت نظام وظیفه برای آقایان:	رشته تحصیلی:	
شغل پدر:	آدرس محل کار:	تلفن همراه:	
شغل مادر:	آدرس محل کار:	تلفن همراه:	

آدرس دقیق محل سکونت و تلفن جهت تماس ضروری با ذکر کد شهرستان مربوطه:

تلفن منزل: کدپستی: تلفن همراه دانشجویی:

آدرس و شماره تلفن دو نفر معرف که شما را کاملاً بشناسند:

(۱)

(۲)