

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

به نام خدا

**فرم الف**

**پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو**

دانشکده دندانپزشکی

|  |
| --- |
| دانشکده: رشته تحصیلی: مقطع تحصیلی: سال و ماه ورودی :شماره دانشجویی: تاریخ تولد : / / 13 تلفن همراه:E\_ mail |

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه :

محل تولد: استان : جنس : مرد زن

مذهب: ملیت : وضیعت تاهل : تعداد فرزندان : تعداد برادران و خواهران:

فرزند چندم خانواده:

آدرس و محل سکونت دانشجو :

1. همدان
2. شهرستان

شماره تلفن:

تلفن های ضروری : 1- 2-

کد شهرستان : محل تحصیل : معدل دیپلم:

سالر پایان دوره پیش دانشگاهی :

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

سابقه انصراف یا تغییر رشته :

**مشخصات اعضای خانواده:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نسبت** | **نام و نام خانوادگی** | **متولد** | **میزان تحصیلات** | **شغل** | **تلفن همراه** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |