بسمه تعالی

فرم ثبت‌نام عضویت در مراکز تحقیقات دانشجویی دانشکده‌های

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دانشکدهپرستاری و مامایی

احتراما اینجانب با مشخصات ذیل تقاضای عضویت در آن مرکز را دارم.

نام و نام‌خانوادگی: نام پدر: تاریخ و محل تولد: شماره شناسنامه:

محل صدور: رشته و مقطع تحصیلی: شماره دانشجویی:

تعداد واحدهای گذرانده: معدل واحدهای گذرانده: تعداد واحدهای مانده:

تاریخ احتمالی فراغت از تحصیل:

آیا در تشکلهای دیگر دانشجویی عضو میباشید؟در صورتیکه جواب مثبت باشد توضیح دهید.

خلاصه‌ای از فعالیت‌های علمی و پژوهشی (عنوان مقالات ارائه شده در کنگره‌ها و سمینارها-طرحهای تحقیقاتی مصوب) را بیان نمایید.

نام و نام‌خانوادگی و امضا: تاریخ پرکردن فرم:

آدرس و شماره تلفن همراه و محل سکونت:

مدارک لازم:

1.کپی کارت دانشجویی یک برگ

2.عکس دو قطعه

**...................................................................................................**

بسمه تعالی

احتراما اینجانب کارت عضویت مرکزتحقیقات دانشجویی دانشکده را از مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه تحویل گرفتم و متعهد میشوم که در نگهداری آن کوشا بوده و هیچگونه استفاده غیرقانونی از آن ننموده و در صورت فارغ‌التحصیلی به مسئول مربوطه تحویل نموده و رسید خود را دریافت نمایم.

امضا