



Хамаданский Университет медицинских наук
Отдел международных связей

АНКЕТА

Место
фотографии

Распечатайте, заполните черной или синей ручкой, отсканируйте и отправьте по электронной почте.

Фамилия:

Имя: **Отчество:**

Дата рождения, ----/-----/----- (день, месяц, год) **Место рождения, город**----- **Страна**-----

Пол: Муж. Жен. **Национальность** **Вероисповедание**

Номер паспорта **Дата выдачи** ----/-----/----- (день, месяц, год) **Действителен до:**

Почтовый адрес, дом №# **улица**----- **почтовый индекс**

город **страна**----- **телефон**

факс **Электронная почта**-----

Наименование и адрес компании (для сотрудников)-----

Должность----- **Телефон**----- **Факс**

Семейное положение: холост/незамужем женат/замужем разведен /разведена

Информация о семье (супруга/супруг и дети)

№	Фамилия	Имя	Возраст	Родственная связь с заявителем
1				
2				
3				
4				

Высшее образование

Пожалуйста, перечислите все высшие учебные заведения после завершения средней школы.

№	Наименование школы / университета	Местонахождение (страна)	Специальность	Ученая степень	Дата завершения
1					
2					
3					

Если вы обучаетесь в учебном заведении, заполните следующую таблицу.

№	Наименование школы / университета	Местонахождение (страна)	Специальность	Ученая степень	Дата завершения (предполагаемая дата завершения учебы)
1					
2					
3					

Какую ученую степень хотите получить?

Бакалавр Магистр Доктор медицины Кандидат наук

Кандидат наук по исследованиям Ординатура (медицина) Ординатура (стоматология)

МРН (Магистр в области общественного здравоохранения)

Интересующая сфера исследований (в порядке приоритета):

1-----

2-----

3-----

Владение персидским языком:

В совершенстве Выше среднего Средне Ниже среднего Начальный уровень Новичок

Владение английским языком:

В совершенстве Выше среднего Средне Ниже среднего Начальный уровень Новичок

Ваше финансовое обеспечение? Личные доходы Стипендия Источник стипендии -----

Есть ли у вас физический недостаток? Нет Да Если да, поясните -----

Заявление должно быть подписано для рассмотрения.

Я подтверждаю, что предоставленная информация является полной и достоверной. Насколько мне известно, все официальные документы являются подлинными, в частности те, которые имеют отношение ко мне. Я понимаю, что все официальные документы представлены для подтверждения данной заявки. Я проинформирован о правилах приема в Хамаданский университет медицинских наук, а также оплате за обучение и расходах на проживание. Я предупрежден, что отказ от предоставления всей полной и достоверной информации аннулирует мою заявку, и повлечет за собой недействительность полученного диплома.

Подпись ----- Дата-----

Отдел международных связей
Хамаданского Университета Медицинских Наук
Почтовый индекс: 6517838678
г. Хамадан - Иран
Web: www.umsha.ac.ir

E-mail: internationaloffice@umsha.ac.ir
Тел.: (+98) 813 838 1941
Факс: (+98) 813 838 1942