

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل - دانشکده پرستاری رامسر

فرم شماره (۱) - پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو

نام و نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	محل تولد:
رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:	شماره دانشجویی:	سال ورود:
وضعیت تأهل:	تعداد فرزند:	محل اسکان خانواده:	وضعیت نظام وظیفه:
رشته تحصیلی دوران متوسطه:	گروه آزمایشی آزمون سراسری:		
سهمیه قبولی کنکور:	<input type="checkbox"/> اینثارگران	<input type="checkbox"/> خانواده شهدا	<input type="checkbox"/> رزمندگان <input type="checkbox"/> سهمیه بهیاری <input type="checkbox"/> آزاد
وضعیت اسکان:	<input type="checkbox"/> بومی	<input type="checkbox"/> خوابگاه دولتی	<input type="checkbox"/> خوابگاه خصوصی <input type="checkbox"/> منزل استیجاری
آدرس محل سکونت فعلی دانشجو:			
شماره تلفن دانشجو:	ثابت:	کد شهرستان:	شماره همراه:
وضعیت اشتغال دانشجو:	شاغل	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	ایمیل:
در صورت مثبت بودن اشتغال:	نوع شغل:	میزان درآمد:	بورسیه:
وضعیت سلامتی فعلی دانشجو:			
سابقه بیماری، جراحی یا مصرف داروی خاص:			
حوادث مهم زندگی:			
وضعیت اقتصادی دانشجو:			
فعالیت های اوقات فراغت:			
موضوعات مورد علاقه:			
ورزش مورد علاقه:			

استعداد و توانمندیهای خاص:

مشخصات افراد خانواده:

نام و نام خانوادگی پدر: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:

نام و نام خانوادگی مادر: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:

تعداد برادر و خواهر:

نام و نام خانوادگی: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:

نام و نام خانوادگی: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:

نام و نام خانوادگی: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:

نام و نام خانوادگی: سن: شغل: تحصیلات: محل کار:

نام و نام خانوادگی و شماره تلفن صمیمی ترین دوست:

وضعیت مالی خانواده: ضعیف متوسط خوب خیلی خوب

آدرس محل سکونت خانواده و شماره تلفن (منزل پدر):

شماره تلفن همراه (پدر):

شماره تلفن همراه (مادر):

نام و نام خانوادگی استاد مشاور:

امضاء و تاریخ تکمیل فرم: