**اطلاعیه دوره آموزش عالی بهداشت عمومی MPH**

**اطلاعات وفیلدهای مورد نیاز ثبت نام دوره آموزش عالی بهداشت عمومیMPH**

از متقاضیان ثبت نام خواهشمند است کلیه اطلاعات درج شده درفرم ثبت نام رابادقت تکمیل نمایید.

پس از ثبت نام اینترنتی مدارک شامل اسکن کارت ملی ، اسکن صفحه او ل شناسنامه ،اسکن آخرین مدرک تحصیلی ،اسکن عکس پرسنلی4\*3 راهمراه بااسکن فیش واریزی هزینه ثبت نام رابه آدرس الکترونیکی [**health.education@ajum.ac.ir**](mailto:health.education@ajum.ac.ir) زیرارسال فرمایید.

(حجم مدارک ارسالی حداکثر500کیلو بایت باشد)

صحت اطلاعات ارسالی به عهده متقاضی می باشد.

هزینه ثبت نام به مبلغ 5000000ریال به شماره حساب **4001083703022100 وشماره شبا720100004001083703022100irبه نام حساب تمرکز درآمدهای اختصاصی دانشگاه علوم** **پزشکی جندی شاپور اهواز** نزد **بانک مرکزی** واریز گردد.

**فرم ثبت نام**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام** |  |
| **نام خانوادگی** |  |
| **نام پدر** |  |
| **کد ملی** |  |
| **جنسیت** |  |
| **دین** |  |
| **وضعیت تاهل** |  |
| **محل تولد** |  |
| **تاریخ تولد** |  |
| **شماره شناسنامه** |  |
| **کد ملی** |  |
| **تابعیت** |  |
| **استان محل سکونت** |  |
| **شهر محل سکونت** |  |
| **آدرس پستی شامل (منطقه خیابان کوچه پلاک)** |  |
| **کد پستی 10 رقمی** |  |
| **تلفن همراه** |  |
| **تلفن ثابت** **همراه با کدشهرستان** |  |
| **پست الکترونیک** |  |
| **مقطع تحصیلی** |  |
| **رشته تحصیلی** |  |
| **دانشگاه آخرین مقطع تحصیلی** |  |
| **تاریخ فراغت از تحصیل** |  |
| **معدل کل مقطع قبلی (صحیح و اعشار)** |  |
| **نوع سهمیه** |  |
| **محل اشتغال(درصورت اشتغال)** |  |
| **سمت فعلی** |  |
| **مدیران** |  |
| **پرسنل شاغل در معاونت بهداشتی** |  |
| **پرسنل شاغل در دانشگاه علوم پزشکی** |  |
| **آزاد** |  |