فرم شماره 2: درخواست شرکت در فراخوان رشته های فلوشیپی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال 1401

بدینوسیله اینجانب ....................................... متقاضی شرکت در رشته فلوشیپی ............................. دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشم و متعهد میشوم در زمان مقرر در مصاحبه شفاهی پذیرش این رشته، شرکت نمایم. همچنین صحت کلیه مدارک ارسالی را تایید میکنم و مطلعم که دانشگاه علوم پزشکی تهران تعهدی برای پذیرش متقاضیانی که مدارک ارسالی ایشان ناقص است و یا در بخش مصاحبه ساختارمند شفاهی گروه مربوطه موفق نبوده است، ندارد.

امضا:

تاریخ:

|  |
| --- |
| اطلاعات متقاضی: |
| نام: |
| نام خانوادگی: |
| نام پدر: |
| تاریخ و محل تولد: |
| کد ملی: |
| شماره تماس ثابت و همراه: |
| آدرس ایمیل: |
| محل و زمان اخذ دانشنامه تخصصی: |
| رشته فلوشیپی مورد تقاضا: |