



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی آستان قدس

فرم عضویت در انجمن علمی دانشجویی

فرم شماره ۵



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت فرهنگی، دانشجویی و امور مجلس
شورای مرکزی نظارت بر انجمن های علمی دانشجویی

الف) مشخصات فردی:

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کد ملی:

سال ورود: رشته تحصیلی: مقطع: معدل ترم گذشته:

شماره تلفن همراه: آدرس پست الکترونیکی (E-mail):

ب) در چه زمینه ای علاقه مند به همکاری با انجمن علمی دانشجویی می باشید؟

- نشریه علمی دانشجویی گفتمان دانشجویی تابلوی اعلانات انجمن برگزاری همایش ها و سمینارهای علمی
- برگزاری مسابقات علمی برگزاری تورهای علمی برگزاری کلاسهای آموزشی
- برگزاری نمایشگاه سایت و وبلاگ

ج) مهارت و توانمندی جهت فعالیت در انجمن علمی دانشجویی

.....

.....

.....

.....

تاریخ و امضاء

.....