|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ردیف** |
|  | **نام خانوادگی** | **1** |
|  | **نام** | **2** |
|  | **جنسیت** | **3** |
|  | **تاریخ تولد** | **4** |
|  | **ملیت** | **5** |
|  | **شماره موبایل** | **6** |
|  | **آدرس ایمیل** | **7** |
|  | **آدرس پستی** | **8** |
|  | **آیا از طریق نماینده و یا شرکت تقاضانامه را ارسال می کنید؟** | **9** |
| **برنامه منتج به مدرک دانشگاهی** | **نوع برنامه** | **10** |
|  | **نام رشته مورد تقاضا را از لیست زیر انتخاب کنید:**  **دستیاری اطفال (مشترک با علوم پزشکی مشهد)**  **دکترای پزشکی عمومی**  **دکترای حرفه ای دندانپزشکی**  **کارشناسی پرستاری**  **کارشناسی مامائی**  **کارشناسی علوم آزمایشگاهی**  **کارشناسی پرتوشناسی**  **کارشناسی بیهوشی**  **کارشناسی تغذیه**  **کارشناسی بهداشت عمومی**  **کارشناسی مهندسی بهداشت حرفه ای**  **کارشناسی مهندسی بهداشت محیط**  **کارشناسی ارشد پرستاری سالمندان**  **کارشناسی ارشد نانوتکنولوژی (مشترک با علوم پزشکی مشهد)**  **کارشناسی ارشد بیوتکنولوژی**  **كارشناسي ناپيوسته فوريت‌هاي پزشكی**  **کاردانی فوريت‌هاي پزشكی** | **11** |

**خواهشمند است این فرم را به همراه اسکن مدرک دیپلم، اسکن مدرک پیش دانشگاهی، اسکن پاسپورت و یا کارت شناسایی اتباع، عکس پرسنلی، نامه درخواست، گواهی تسلط به زبان فارسی (در صورتی که زبان شما فارسی است نیازی به ارسال این مدرک ندارید)، و رزومه (در صورت امکان) را به ایمیل امور بین الملل دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی به آدرس** [**intl@nkums.ac.ir**](mailto:intl@nkums.ac.ir) **ارسال نمائید.**