|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **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** **ارسال نمائید.**